

---

**VASTUUHOITAJATOIMINNAN NYKYTILAN KUVAUS  
KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN  
HÄMEENLINNAN YKSIKÖN  
LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLA**




Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Visamäki kevät 2013

Niina Saartenkorpi



## VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

---

<b>Tekijä</b>	Niina Saartenkorpi	<b>Vuosi</b> 2013
<b>Työn nimi</b>	Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla	

---

## TIIVISTELMÄ

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla käytyjen keskustelujen pohjalta syntyi tarve kuvata vastuuhoitajatoiminnan nykytila. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata nykyhetken vastuuhoitajatoiminnan vahvuuksia ja kehittämisalueita hoitohenkilökunnan mukaan Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tavoitteena on saada tietoa tämän hetken vastuuhoitajatoiminnasta ja löytää tapoja kehittää leikkaus- ja anestesiaosaston vastuuhoitajatoimintaa.

Aineisto kerättiin Webropol -kyselyllä, jossa oli neljä vastaajan taustaa selvittävää kysymystä ja neljä avointa kysymystä. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin nykyisen vastuuhoitajatoiminnan vahvuuksia ja kehittämisalueita, miten vastuuhoitajatoimintaa tulisi kehittää ja miten omalla toiminnallaan voi edistää vastuuhoitajatoimintaa. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, joka tiivistää kerätyn tietoa-aineiston.

Vahvuudet nykyisessä vastuuhoitajatoiminnassa ovat itseohjautuvuus ja motivaatio. Kehittämisen kohteiksi hoitohenkilökunta määritteli työaikataulutuksen, työn ohjeistuksen ja koulutuksen. Keinoiksi kehittää vastuuhoitajatoimintaa hoitohenkilökunta määritteli työn organisoinnin, opiskelun ja koulutuksen, vastuuhoitajan työnkuvauksen ja kannustimet. Vastuuhoitajatoiminnan edistäminen oman toiminnan kautta jakaantui viestintään, koulutukseen ja kehittämiseen, työn organisointiin sekä motivaatioon.

Tulosten perusteella tärkeimpinä kehittämissuunnitelmina esitettiin vastuuhoitajien työnkuvauksen laatimista, vastuuhoitajajärjestelmän uudelleen organisointia, vastuuhoitajien yhteisten palaverien ja moniammatillisen yhteistyön lisäämistä sekä vastuualueiden kehittämissuunnitelmien laadintaa.

**Avainsanat** Perioperatiivinen hoitotyö, vastuuhoitaja, tiimityö

**Sivut** 55 s. + liitteet 23 s.

VISAMÄKI

Degree Programme in Social and Health Care Development and Management

**Author**

Niina Saartenkorpi

**Year** 2013

**Subject of Master's thesis**

Description of the current functions of primary nurses in the Hämeenlinna Surgery and Anesthesia Unit of Kanta-Häme Central Hospital

---

ABSTRACT

Based on discussions held in the Hämeenlinna Surgery and Anesthesia Unit in Kanta-Häme Medical District it became evident that there is a need to describe the current state of the functions of primary nurses in the unit. The aim of this study is to map strengths and areas for improvement in the current functions according to members of medical staff in the Hämeenlinna Surgery and Anesthesia Unit. The objective is to gain knowledge about the functions of primary nurses in the unit and to find ways to develop them.

The data was collected through a Webropol survey. The survey had eight questions of which four were related to the background of the respondent and four were open-ended questions. The aim of the open-ended questions was to clarify which are the strengths, areas for improvement, ways in which the functions of primary nurses should be further developed, and ways in which personal input of the nurses could improve the functions. The data was analyzed with data-driven content analysis that summarizes the collected material.

Members of staff saw motivation and self-directedness as strengths in the current functions. Areas for potential improvement were scheduling, training, and how the work was being instructed. The staff members would like to see the functions being developed through studies and training, structuring of work tasks, creating a job description, and establishing incentives. The ways that primary nurses can improve their functions through personal input were divided into training and development, communication, motivation, and structuring of work tasks.

Based on the results of the study the most important areas for improvement were creating a job description, reorganizing the system of primary nursing, increasing the number of meetings among primary nurses, increasing multi-professional co-operation and making a development plan for the areas of responsibility.

**Keywords** Perioperative nursing, primary nurse, teamwork

**Pages** 55 p. + appendices 23 p.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA SIIHEN LIITTYVÄT TYÖNJAKOMALLIT.....	7
2.1.	Perioperatiivinen hoitotyö.....	7
2.2.	Työnjakomallit perioperatiivisessa hoitotyössä.....	9
2.3.	Perioperatiivinen vastuuhoidajatoiminta.....	15
3	TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	17
4.1.	Tutkimusorganisaatio ja kohderyhmä.....	17
4.2.	Vastuuhoidajatoiminta kohdeorganisaatiossa.....	19
4.3.	Metodologiset valinnat.....	21
4.4.	Aineiston keruu.....	22
4.5.	Aineiston analyysi.....	23
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	24
5.1.	Vastaajien taustatiedot.....	24
5.2.	Vahvuudet nykyisessä vastuuhoidajatoiminnassa.....	25
5.3.	Kehittämiskohteena työaikataulutus.....	27
5.4.	Kehittämiskohteena työn ohjeistus.....	32
5.5.	Kehittämiskohteena koulutus.....	34
5.6.	Keinot vastuuhoidajatoiminnan kehittämiseen.....	35
5.6.1.	Työn organisointi kehittämisen keinona.....	36
5.6.2.	Opiskelu ja koulutus kehittämisen keinoina.....	39
5.6.3.	Vastuuhoidajan työn kuvaus kehittämisen keinona.....	39
5.6.4.	Kannustimet vastuuhoidajatoiminnan kehittämisen keinona.....	40
5.6.5.	Kriittinen suhtautuminen vastuuhoidajatoiminnan kehittämiseen.....	40
5.7.	Vastuuhoidajatoiminnan edistäminen oman toiminnan kautta.....	41
5.8.	Tulosten yhteenveto.....	44
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	47
6.1.	Tutkimuksen eettinen tarkastelu.....	47
6.2.	Tutkimuksen luotettavuus.....	48
6.3.	Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelu.....	49
6.4.	Kehittämisehdotukset.....	53
6.5.	Ehdotukset jatkotutkimusaiheiksi.....	54
Liite 1	Tutkimuksen eteneminen	
Liite 2	Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hoitotyön tutkimuslupa	
Liite 3	Kirjallisuuskatsaus	
Liite 4	Tutkimuksen saatekirje ja kysymykset	
Liite 5 – 8	Tutkimusaineiston pelkistäminen	

## KUVIOLUETTELO

- Kuvio 1. Ryhmätyön ja tiimityön oleelliset erot leikkausosaston hoitotyön kokonaisuudessa (Puranen 2005, 20.)
- Kuvio 2. Kysymys 3. Kuinka monta vastuualuetta sinulla on tällä hetkellä? (N = 27)
- Kuvio 3. Vastuuhoitajatoiminnan vahvuudet hoitohenkilökunnan kuvaamana
- Kuvio 4. Vastuuhoitajatoiminnan kehittämisalueet hoitohenkilökunnan mukaan
- Kuvio 5. Yläkategorian työaikataulutus jakautuminen alakategorioihin
- Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan kuvaamat keinot vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen
- Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan kuvaus, miten omalla toiminnallaan voi edistää vastuuhoitajatoimintaa

## KUVALUETTELO

- Kuva 1. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ja toimipisteet

## TAULUKKOLUETTELO

- Taulukko 1. Aberdeenin yliopistossa on kehitetty kriteerit erikoistuvan lääkärin muiden kuin teknisten taitojen arviointiin.
- Taulukko 2. K-HKS:n Hämeenlinnan leikkausosaston toimenpiteet erikoisaloittain vuosilta 2011 ja 2012
- Taulukko 3. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön anestesiologiset vastuualueet ja instrumenttihoitajien vastuualueet 2012
- Taulukko 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja yläkategorian työaikataulutus kehittämiskohteena muodostamisesta.
- Taulukko 5. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategoriaan henkilökunnan salijako ja yläkategoriaan työaikataulutus
- Taulukko 6. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategoriaan vastuuhoitajien yhteistyöpalaverit ja yläkategoriaan työaikataulutus
- Taulukko 7. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja työn ohjeistus yläkategoriaan.
- Taulukko 8. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja koulutus yläkategoriaan.
- Taulukko 9. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja kehittämisen keinona työn organisointi yläkategoriaan.
- Taulukko 10. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja koulutus kehittämisen keinona yläkategoriaan

## 1 JOHDANTO

Nykyisessä yhteiskunnassa työelämä ja työyhteisöt ovat jatkuvassa muutosprosessissa. Työyksiköissä inhimillisiä resursseja on kyettävä vapauttamaan innostuneempaan ja intohimoisempaan tekemiseen (Halava & Pantzar 2010, 56). Terveydenhuolto ja erikoissairaanhoito joutuvat myös vastaamaan työelämän muutokseen. Tähän vaikuttavat erityisesti palvelujen kysynnän kasvu (Aaltonen 2008, 231), ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuus, lääketieteen kehitys ja teknologian nopea kehittyminen ja sen käytön lisääntyminen, tieto- ja viestintätekniikan laajentuminen (Jauhiainen 2004, 149) potilaiden kulttuuritaustojen moninaisuus (Sainola-Rodriguez 2009, 38), kuntien taloudellinen liikkumavara sekä tarve vaikuttavuuden ja tuottavuuden lisäämiseen (Aaltonen 2008, 233 – 234).

Ammatillinen osaaminen on turvallisen hoidon keskeinen edellytys. Jokaisella terveydenhuollon työntekijällä on vastuu osaamisestaan ja osaamisen ylläpidosta. Tämä on määritelty kansallisesti (Sairaanhoitajaliitto 2013) ja kansainvälisesti sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa (International Council of Nurses 2012). Työnantaja vastaa siitä, että työntekijä on saanut perehdytyksen ja koulutuksen tehtäviinsä. (STM 2009:5, 18.) Kehittämällä sairaanhoitajien ammattipätevyyttä varmistetaan perioperatiivisen hoitotyön laatu ja potilasturvallisuus, näin potilaita on hoitamassa tarpeellinen määrä osaavaa henkilökuntaa (Silvennoinen 2007, 52). Tulevaisuuden hoitotyössä korostuu kriittinen ja tutkiva työote. Sairaanhoitajien tulee sopeutua nopeisiin toimintaympäristöjen muutoksiin sekä jatkuvaan kouluttautumiseen ja itsensä kehittämiseen. (Metsämuuronen 2000, 10.)

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategiassa perustehtävä ja oikeutus olemassaololle tuodaan esiin lainsäädännöstä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin tehtävänä on tuottaa jäsenkuntien väestölle ja muille asiakkaille turvallista, korkealaatuista ympärivuorokautista erikoissairaanhoitoa ja siihen läheisesti liittyviä terveydenhuollon palveluja sekä kehittää terveydenhuollon toimialaa Kanta-Hämeessä. Vastuullisuuden periaatteen mukaisesti sairaanhoitopiirin henkilöstö huolehtii työtehtävistään sekä työyhteisön toiminnan sujuvuudesta ja tuloksellisuudesta asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Osaamisen ja ammattitaidon kehittäminen on jatkuvaa ja yhteistyössä parannetaan toimintakäytäntöjä. Palvelujen vaikuttavuus perustuu avoimeen tietoon, näyttöön ja tieteellisyYTEEN. Tiedon avoin ja riittävä jakaminen turvaa kaikille mahdollisuuden päätöksentekoon. (K-HSHP:n kuntayhtymä 2010, Strategia vuoteen 2015, 3.)

Kanta-Hämeen keskussairaalan (K-HKS) Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston kilpailukyky kiristävillä työvoimamarkkinoilla on varmistettava. On tärkeää saada osasto vetovoimaiseksi ja halutuksi työpaikaksi. Muuttuva työelämä tarvitsee työntekijöitä, joilla on kyky, halu ja

tahto oppia sekä opettaa jatkuvasti. Saikkonen (2004) ja Enontekiö (2010) osoittavat, että leikkaus- ja anestesiaosastolla hyvin sujuva vastuuhoitajatoiminta edistää leikkauspotilaan turvallista ja laadukasta hoitoa. He tuovat esiin vastuusairaanhoitajatoiminnan tarjoamat mahdollisuudet hoitohenkilökunnan uusien asioiden oppimiseen, itsensä ja koko työyhteisön toiminnan kehittämiseen sekä tätä kautta mahdollisuuden luoda itselle mielekäs työtehtävä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston vastuuhoitajatoiminnan nykytilaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena on saada tietoa tämän hetken vastuuhoitajatoiminnasta ja löytää tapoja kehittää K-HKS:n Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston vastuuhoitajatoimintaa.

## 2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ JA SIIHEN LIITTYVÄT TYÖNJAKOMALLIT

### 2.1. Perioperatiivinen hoitotyö

Käsite perioperatiivinen hoitotyö otettiin kansainvälisesti käyttöön jo vuonna 1979. Suomessa perioperatiivinen hoitotyö – käsite vakiintui käyttöön vuonna 1987 keskiasteen koulu-uudistuksen alkaessa, jolloin leikkaus- ja anestesiahoitotyön opetus alkoi perioperatiivisen hoitotyön nimellä. Perioperatiivinen hoitotyö kuvaa leikkausta edeltävää, leikkauksenaikaista ja leikkauksen jälkeistä toimintaa kirurgisen potilaan hoidossa. Perioperatiivinen hoitotyö – käsite kuvaa aiemmin käytettyjä käsitteitä paremmin muuttuneita ja laajentuneita ammattitaitovaatimuksia sekä tuo esiin perioperatiivisen hoitotyön yksilöllisyyttä, potilaskeskeisyyttä, kokonaisvaltaisuutta, hoitotyön jatkuvuutta ja vastuullisuutta sekä turvallisuutta. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11; Silen-Lipponen 2005, 21; Hankela 1999, 28.)

Perioperatiiviseen hoitoprosessiin kuuluu ajallisesti ja toiminnallisesti kolme vaihetta: leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen vaihe, leikkauksen aikainen eli intaroperatiivinen vaihe ja leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen vaihe (Silen-Lipponen 2005, 21 -22). Preoperatiivinen vaihe käynnistyy, kun potilaan leikkauspäätös tehdään ja päättyy kun potilaan hoitovastuu siirtyy leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnalle. Vaihe sisältää potilaan hoitotyön suunnittelun ja valmistelun. Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkaus- ja anestesiaosastolle ja päättyy, kun potilas on otettu vastaan valvontayksikköön. (Lukkari ym. 2007, 20.) Intraoperatiivisen hoitotyön lähtökohtana on potilaiden subjektiivinen hyvinvointi ja tehtävänä leikkauksen aikaisen selviytymisen tukeminen (Hankela 1999, 105). Intraoperatiivinen hoitotyö on yksilöllistä ja luonteeltaan hyvin vaihtelevaa. Tässä vaiheessa potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon toimenpiteen edellyttämässä anestesiassa. Luonteenomaista intraoperatiiviselle hoitotyölle



on potilaan perus- ja erityistarpeet tyydyttävä intensiivinen ja systemaattinen moniammatillinen yhteistyö, jossa toimintaa ohjaavat aseptisten työtapojen ja steriilin tekniikan periaatteet. Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta valvontayksikköön ja päättyy, kun potilas ei tarvitse enää leikkaustapahtumaan liittyvää hoitotyötä. Postoperatiivisen vaiheen tavoitteena on potilaan elintoimintojen vakiinnuttaminen niin, että hänet voidaan siirtää jatkohoitoon jatkohoitoyksikköön, vuodeosastolle tai kotiin, jos kyseessä on päiväkirurginen potilas. (Lukkari ym. 2007, 20 - 21.)

Leikkausyksiköissä työskentelee monien eri ammattiryhmien edustajia ja jokaisen työpanos vaikuttaa potilaan hoidon lopputulokseen (Tengvall 2010, 5). Leikkaus- ja anestesiaosasto on useimmiten oma hallinnollinen yksikkönsä, jonka johdosta vastaa tulosyksikön ylihoitaja ja osastonhoitaja. Anestesian- ja kirurgian ylilääkäreillä on kokonaisvastuu lääketieteellisestä hoidosta ja molempien erikoisalojen eriasteiset lääkärit toimivat heidän johdossaan. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat ja lääkintävahtimestarit sekä lähiesimiehet eli osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajat. Lääkärit ja hoitohenkilökunta vastaavat välittömästi potilashoidosta, muodostaen leikkausryhmän tai -tiimin, johon kuuluu vähintään viisi henkilöä. Väänäsen (2007, 40) tutkimuksessa sairaanhoitajille tehty kysely toi esiin sairaanhoitajien tekävän työssään säännöllisesti tehtäviä, jotka eivät vaadi sairaanhoitajan koulutusta eli ns. välillistä potilashoitoa. Välillisestä potilashoidosta leikkaus- ja anestesiaosastolla vastaa pääasiassa huoltohenkilöstö, johon kuuluvat laitosapulaiset, välinehuoltajat ja osastosihteerit. Välilliseen potilashoittoon kuuluu tilojen ja kalusteiden puhtaudesta ja siisteydestä huolehtimista, toimistotehtäviä ja instrumenttien huoltoa ja hoitotarvikkeiden tilausta sekä varastoista huolehtimista. Sairanhoitajat tekevät useissa yksiköissä ilta- ja yöaikaan välinehuoltajalle kuuluvia tehtäviä. (Lukkari ym. 2007, 45 – 47.)

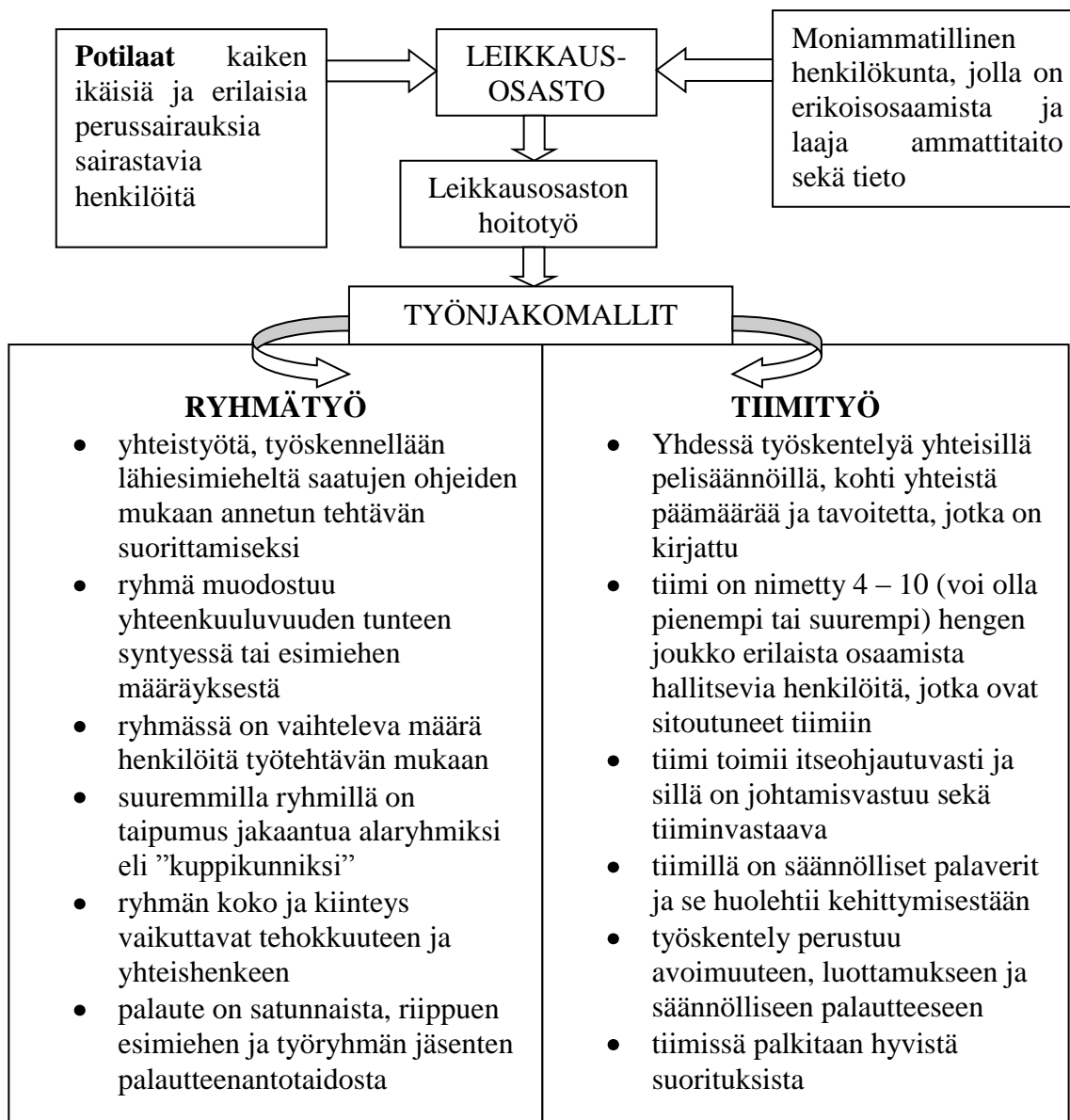
Sairanhoitajat muodostavat suurimman henkilöstöryhmän leikkaus- ja anestesiaosastoilla. Sairanhoitajan ammattitaitovaatimukset ja työnkuva riippuvat hoitotyön organisoinnista eli ovatko leikkaus- ja anestesiaosasto hallinnollisesti yhdistettyjä vai erillisiä osastoja. Sairanhoitaja voi toimia instrumenttoivana sairaanhoitajana, leikkauksessa avustavana sairaanhoitajana, valvovana sairaanhoitajana tai anestesia-sairanhoitajana. (Lukkari ym. 2007, 46.)

Perioperatiivisen hoitotyön sisältöön ja leikkausyksikön toimintatapoihin vaikuttaa voimakkaasti se, onko kyseessä yhden tai useamman vaativan erikoisalan toimenpideyksikkö. Päivystystoiminta nostaa myös hoitohenkilöstön ja hoitotyön toimintojen vaatimustasoa. Erikoisalat, joiden hoitotoimenpiteissä ja -menetelmissä korostuu laaja teknisen osaamisen vaatimus, luovat osaltaan paineita hyvän potilashoidon toteuttamiselle. Hyvät olosuhteet, potilaan hoitoprosessin sujuva eteneminen ja selkeät, yhteiset toimintatavat mahdollistavat potilaan perioperatiivisen hoitotyön korkeatasoisen toteutumisen (Tengvall 2010, 6 ja 9).

Silvennoisen (2007, 48) tutkimuksesta ilmenee, että perioperatiiviset sairaanhoitajat arvioivat oman ammattipätevyytensä erittäin hyväksi oman toiminnan suunnittelussa ja tilanteen mukaisessa päätöksenteossa. Kehittämiskohteiksi Silvennoisen tutkimuksessa perioperatiiviset sairaanhoitajat nostivat moniammatilliseen yhteistyöhön osallistumisen ja koordinoinnin.

## 2.2. Työnjakomallit perioperatiivisessa hoitotyössä

Työskentely leikkausosastolla vaatii erityisosaamista, moniammatillisuutta ja toisten työtä ja osaamista arvostavaa yhteistyötä. Leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskennellään työryhmissä, joiden työnjakomallina on joko ryhmätyö- tai tiimityömalli. (Puranen 2005, 19.) Kuviossa 1 on esitetty Purasen (2005, 20) mukaan ryhmätyön ja tiimityön oleelliset erot leikkausosaston hoitotyön kokonaisuudessa.



Kuvio 1. Ryhmätyön ja tiimityön oleelliset erot leikkausosaston hoitotyön kokonaisuudessa (Puranen 2005, 20.)

Ryhmään kuuluu kaksi tai useampi henkilö. Ryhmä voi muodostua luonnollisesti itsestään tai työryhmä muodostetaan jotakin tiettyä tarkoitusta tai tavoitetta varten (Lindström & Kiviranta 1995). Katzenbach ja Smith (1998) määrittelevät ryhmän rakenteeltaan tiimiä hierarkisemmaksi. Heidän mukaansa ryhmän toimenkuva on tiimin toimenkuvaa ahtaammin määritelty. Ryhmän määrittäjinä toimivat aika, paikka ryhmän jäsenet, organisointi, johtaminen ja tehtävät sekä tavoite. Niemistön (1998) mukaan suuret ryhmät jakautuvat helposti pienempiin ryhmiin ja suurissa ryhmissä muodostuu helposti riippuvuuden tunne auktoriteettia kohtaan. Lindström (2002) tuo esiin, ettei ryhmästä tule toimintakykyistä, jos ryhmän jäsenet eivät sisäistä ryhmän periaatteita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen painottuu yhä enemmän inhimilliseen suuntaan, jossa aktiivisten, hyvin koulutettujen ihmisten verkostot toimivat yli organisaatorajojen. Työyhteisöjen jäsenet arvioivat entistä enemmän osaamistaan ja ottavat vastuun kehitymisestään. Tämän kehittymisen mahdollistaminen on johtajan tehtävä. Tiimityön johtamisessa kysymys on jakamisesta ja vastuuttamisesta eri toimijoiden kesken. Autoritäärinen johtaminen ei tiimityöhön kuulu. (Koivukoski & Palomäki. 2009, 11.) Esimiehen tehtävänä on toimia valmentajana eli olla ryhmän käytettävissä asiantuntijana ja toiminnan edellytysten rakentajana. Kun tiimien itseohjautuvuus lisääntyy, vähenee suora työnjohtaminen, itse johtaminen ei. (Spiik, 2007. 244.)

Puranen (2005, 68 – 70) tuo leikkausosaston työnjakoa selvittävässä tutkimuksessaan esiin, että työryhmän vetäjänä toimii yksi työryhmän jäsenistä tai osastonhoitaja. Päätöksenteko ei tapahtunut työryhmässä vaan sen ulkopuolella. Tutkituissa leikkausyksiköissä käytettiin vähän säännöllisiä työnarviointimittauksia tai päivittäisiä palautekeskusteluja. Yhteistyö koettiin hyväksi, jos työssä viihdyttiin ja ilmapiiri oli välitön. Arvostuksen puute koettiin eniten yhteistyötä haittaavaksi. Kehitysehdotuksia leikkausosaston työnjakoon esitettiin henkilöstöpolitiikan, johtamisen ja tiimityön osalta. Purasen tutkimuksen mukaan leikkausosastolla käytössä olevaa työnjakomallia ei voida pitää tiimityömallina, jos tiimityöltä vaaditaan itseohjautuvuutta, johtamisvastuuta, kirjattuja sopimuksia tavoitteista ja pelisäännöistä sekä säännöllisiä kokoontumisia ja arviointia (vrt. Katzenbach & Smith 1993, 77).

Silén-Lipponen (2005, 80 – 81), Tossavainen ja Turunen (2004, 188) määrittelevät tiimin pieneksi, tiettyyn yhteisesti kunnioittamaansa päämäärään sitoutuneeksi ryhmäksi ihmisiä, jotka jakavat tietonsa, taitonsa ja yhteisen näkemyksensä työstä ja ovat yhteisvastuussa työn tuloksesta. Tiimityö edellyttää, että kaikki sen jäsenet tietävät työn tavoitteet ja ovat sitoutuneita saavuttamaan sen. Tiimin jäsenten tulee omata tarvittava ammatillinen osaaminen ja arvostettava toistensa taitoja. Perioperatiivisessa hoitotyössä tiimityö ilmenee nopeina potilaiden vaihtoina, optimaalisina leikkausaikoina, tehokkaana saliajan käyttönä, potilaan turvallisena ja parhaana mahdollisena hoitona, selkeänä työnjakona sekä joustavana toimintana erityisesti

hätätilanteissa. Hoitohenkilöstön näkökulmasta tiimityö antaa mahdollisuuden joustavaan ja selkeään työnjakoon sekä hoitotyön kehittämiseen. Tiimityö alentaa myös henkilöstön vaihtuvuutta.

Toimiakseen tehokkaasti tiimityö vaatii jokaisen yksilön kykyä luovuttaa osaamisensa tiimin käyttöön. Tiimityö koetaan toimivaksi tavaksi organisoida työtä. Hyvänä käytäntönä pidetään työnkiertoa sekä ajoittain tiimissä työparin vaihtumista tai tiimin paikan vaihtamista yksikössä. Näin voidaan vähentää tai tasata esimerkiksi työn kuormittavuutta. Tiimityö on yhteistoiminnallisuuden malli, joka edellyttää työntekijöiltä toinen toiselta oppimista ja kollegiaalisuutta. Tiimityö mahdollistaa työntekijöille keskinäisen tuen, jolloin on mahdollista jakaa esimerkiksi asiakastyöhön liittyviä ongelmatilanteita. Tiimi on työntekijöiden tunteiden tuuletuskanava sekä ammatillisen kasvun paikka. Uudelle työntekijälle tiimi mahdollistaa perehdytyksen, työnohjauksen ja oppimisen. Tiimin jäsenten ammattitaidon tulee olla riittävä ja sopiva perustehtävän hoitamiseen. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu myös yhteistyökykyisyys, suunnitelmallisuus ja vastuullisuus. Vastuuta kantava työntekijä toimii ja ajattelee aktiivisesti vastuullaan olevan asian hyväksi. Vastuun kantaminen myös lisää työntekijän itsetuntoa. Toimivalla tiimillä on riittävän hyvä, keskinäiseen tukeen ja luottamukseen perustuva yhteistyöilmapiiri: työntekijät tukevat ja auttavat toisiaan sekä osallistuvat aktiivisesti yhteisten asioiden hoitamiseen. Tällaisessa ilmapiirissä mahdollistuu myös palautteen antaminen, luovuus ja ideointi. Tiimillä on syytä olla myös yhdessä sovitut ja erikseen määritellyt laatuvaatimukset. Näiden avulla voidaan arvioida tiimiä ja antaa palautetta sen toiminnasta. Jotta tiimi voisi toimia tehokkaasti, sen jäsenten tulee sitoutua yhteisiin toimintaperiaatteisiin ja päämääriin. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 124).

Silén-Lipposen (2005, 77 - 81) tutkimuksesta ilmenee, että leikkaustiimityön tavoite on turvata leikkauspotilaalle ammattitaitoinen ja sujuva hoito. Leikkaustiimin kyky havaita sekä mahdollisia että ilmeisiä riskejä ja ohjata toisten tiimin jäsenten toimintaa ylläpiti leikkauspotilaan turvallisuutta. Ammattitaitoiset tiimit olivat kyvykkäitä ja halukkaita yhteistyöhön hoidollisen osaamisen, persoonallisen taitavuuden sekä sosiaalisten ja teknisten taitojen osalta. Epävarmuus, pulmat vuorovaikutuksessa, toistuvat muutokset tiimien kokoonpanoissa, tarve ylityöhön ja täydellisyyden tavoittelu vaikeuttivat sujuvaa tiimityötä. Käsitteelliseltä kannalta tiimityössä keskeisintä oli työn yhteinen päämäärä eli paras mahdollinen potilaan hoito ja sen mukainen toiminta. Tiimityö nähdään tapana, jolla ihmiset työskentelevät toistensa kanssa yhdistäen ryhmän pyrkimyksen ja toisiaan täydentävät pätevyydet. Haasteena on ylläpitää eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä potilaan hyvän ja turvallisen leikkaushoidon turvaamiseksi. Marjamaa (2006, 6) esitti tutkimuksessaan tarpeen selkeyttää leikkaussalien toiminnanohjauksen työnjakoa sekä vastuuta lääkäreiden ja hoitajien kesken.

Hyvät yhteistyö- ja tiimitaidot sekä tilanteen mukainen kommunikointitaito ja toiminta ovat leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden

merkittävä sisältö (Tengvall 2010, 13). Tengvallin (2010, 130) väitöskirjan kehittämis ehdotuksissa tuodaan esiin tarve järjestää yhteistä toimipaikka - ja erikoisalakohtaista koulutusta leikkausyksikössä työskenteleville leikkaus- ja anestesiahoitajille sekä anestesiologeille ja kirurgeille. Corbett (2009, 278 - 281) painottaa myös leikkausosaston hoitohenkilökunnan ja anestesia lääkäreiden sekä kirurgien yhteistä koulutusta, jotta moniammatillisessa tiimissä opitaan ymmärtämään kunkin ammattiryhmän toiminnan periaatteet. Menestyvät tiimit rakennetaan yhdessä kouluttautumalla ja kiinnittämällä huomio potilasturvallisuuteen. Yksilöitä kannustetaan elinikäiseen oppimiseen ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Tengvallin mukaan koulutus tulisi toteuttaa erikoisalakohtaisesti leikkaustiimeittäin. Koulutuksen tulisi keskittyä kommunikointi- ja viestintätaitoihin, yhteistyöhön ja tiimityöskentelyyn sekä eri leikkaus- ja anestesiahoitotyön toimintojen hallintaan ja ohjaukseen. Paukkunen (2003, 116) korostaa, että yhteistyöosaamisen oppimisessa ja opettamisessa painotetaan moniammatillista yhdessä oppimista. Näin toisen osapuolen työ tulee tutuksi ja yhteistyöosapuolten arvostus ja kunnioitus toisiaan kohtaan lisääntyy sekä ammattiryhmien ja toimialojen erilaisten kulttuurien välinen ymmärrys lisääntyy.

Leikkaussalissa toimittaessa tarvitaan lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi myös ryhmätyötaitoja. Ryhmätyötä koskevien asenteiden parantamiseksi on suositeltu leikkaussalissa työskentelevien ammattiryhmien kouluttamista yhdessä. Nykyisin leikkaustoimintaa keskitetään, yksiköissä työskentelee paljon henkilökuntaa ja sen vaihtuvuus on suurta, joten yhteistä kokemusta kertyy vähän. Tämä lisää vuorovaikutuskoulutuksen tarvetta. Lääketieteellisen virheen pohjasyynä saattaa olla ryhmän puutteellinen vuorovaikutus. (Niemi-Muurola 2005, 305 - 308.) Nykypäivän perioperatiivisessa hoitotyössä tutuista työtehtävistä suoriutuminen tutussa ympäristössä ei enää tiimille riitä (Fraser SW, Greenhalgh, 2001, 799 - 803), vaan pitää kyetä yhdessä luovaan ongelmanratkaisuun. Teknisen osaamisen lisäksi yksilöiden täytyy kehittää tiimityöskentelyn kannalta tärkeitä taitoja. Hyvä vuorovaikutus parantaa sekä potilasturvallisuutta että työviihtyvyyttä. Fletcher, Flin, McGeorge ym. (2003, 90:580-8) ovat luoneet arviointiasteikon anestesia lääkärien muiden kuin teknisten taitojen arviointiin (taulukko1). Tärkein hyvän tiimityön edellytys on toisten työn kunnioittaminen.

**RYHMÄTYÖ**

tiimin toiminnan koordinointi  
tiedon kulku  
jäämäkkyys  
kyvykkyuden arviointi  
muiden tukeminen

**TEHTÄVÄN SUORITTAMINEN**

suunnittelu ja valmistautuminen  
priorisointi  
standardien asettaminen ja ylläpito  
voimavarojen tunnistaminen ja  
hyväksikäyttö

**TILANNETIETOISUUS**

informaation kerääminen  
tärkeän tiedon tunnistus,  
ymmärtäminen  
ennakointi

**PÄÄTÖKSENTEKO**

vaihtoehtojen toimintatapojen  
tunnistus  
riskien arviointi  
toiminnan uudelleenarviointi

Taulukko 1. Aberdeenin yliopistossa on kehitetty kriteerit erikoistuvan lääkärin muiden kuin teknisten taitojen arviointiin.

Koivukoski ja Palomäki (2009, 74 – 75) tuovat esiin, että yksilön tehtävä tiimin jäsenenä on kuulua ja sitoutua tiimiin sekä huolehtia perustehtävästä. Yksittäisen tiiminjäsenen vastuu ja velvollisuus on olla aktiivinen tiedonhankkija ja – tuottaja. Hänelle voidaan nimetä vastuualueeksi esimerkiksi erityisen kliinisen osaamisen varmistaminen työyhteisössä. Tiimityössä hyödynnetään tiimin jäsenten monenlaista osaamista ja erilaisuutta. Tiimissä toimiminen antaa työntekijälle mahdollisuuden hyödyntää omaa persoonallista tapaa tehdä työtä. Hyvin rakennetussa ja toimivassa tiimissä tuen hakeminen ja saaminen tiimin muilta jäseniltä on toiminnan tapa.

Vastuuhoitajatoiminta leikkaus- ja anestesiaosastolla täyttää sekä ryhmätyön että tiimityön määritelmän. Vastuuhoitajatoiminta on yhteistyötä, jossa työskennellään lähiesimiehiltä saatujen ohjeiden mukaan (vrt. Puranen 2005, 20). Vastuuhoitajatoiminnan tavoite on turvata potillaan ammattitaitoinen ja sujuva perioperatiivinen hoito, joten vastuuhoitajatoiminnassa mukanaolevilla on yhteinen näkemys työstä, ja he ovat yhteisvastuussa työnsä tuloksesta. (vrt. Silen-Lipponen 2005, 80 – 81.)

### 2.3. Perioperatiivinen vastuuhoitajatoiminta

Perioperatiivisessa hoidossa eri erikoisaloilla kirurgisten toimenpiteiden teknistyminen, monien anestesiamuotojen kirjo ja hoitotyön toimintojen jakaantuminen yhä pienempiin, spesifimpiin osiin vaativat leikkaustiimin jäseniltä yhä tarkempaa tehtäväjakoa. Leikkaus- ja anestesiahoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka toimii itsenäisesti hoitaessaan potilaita ja toteuttaa samalla lääkärin ohjeiden mukaista potilaalle määrättyä lääketieteellistä hoitoa (Opetusministeriö 2006, 63).

Vastuuhoitaja määrittellään oman erikoisalansa hoitotyön kliiniseksi asiantuntijaksi Lipposen, Peltosen ja Yli-Panulan (2005, 16 – 17) tutkimuksessa. Kliinisellä asiantuntijalla on kokonaisvaltainen näkemys omasta erikoisalastaan. Kliininen asiantuntija hallitsee vastuualueensa tiedot ja taidot, hankkii itseohjautuvasti uutta tietoa erikoisalastaan, opettaa ja arvioi sekä kehittää hoitotyön toimintoja leikkaus- ja anestesiaosastolla. Vastuuhoitajan asiantuntijuuden kehittymisessä keskeistä on hoitajan oma aktiivisuus ja innostuneisuus oman erikoisalan potilaiden hoitotyötä kohtaan.

Vastuuhoitajamallin kehittämistyö motivoi yleisesti työyhteisöä myös kehittämään hoitotyötä. Vastuusairaanhoitajamallilla on paljon positiivisia vaikutuksia hoitohenkilökuntaan, hoitotyön käytännön toimintaan ja potilaiden hoidon laatuun. Saikkosen (2004) vastuuhoitajamallia koskevan tutkimuksen kyselyyn vastanneiden osastonhoitajien mielestä hoitohenkilökunnan vastuunotto, oman työn arvostus ja hoitotyön suunnitelmat olivat parantuneet ja hoitoyhteisön moniammatillisen yhteistyön merkitys on kasvanut. (Saikkonen 2004, 88 - 89.) Enontekiön (2010, 64) mukaan hoitohenkilöstö piti vastuuhoitajatoiminnan vahvuuksina mielekästä työkokonaisuutta, oman osaamisen ja työyhteisön toiminnan kehittämismahdollisuutta, vaikuttamismahdollisuutta, moniammatillista yhteistyötä ja onnistumisen kokemuksia työssä sekä työssä saatua positiivista palautetta. Enontekiö (2010, 64) tuo esiin, että vastuuhoitajatoimintaa kehittämällä pystytään edistämään hoitohenkilöstön työoloja, työhyvinvointia ja potilaan hyvää hoitoa. Vastuuhoitajan työtä ja työoloja kehittämällä voidaan olennaisesti lisätä perioperatiivisen hoitotyön vetovoimaisuutta.

Lipposen ym. (2005, 17.) tutkimuksessa tuotiin esiin tarve erikoisalakohtaisesta vastuualueryhmän yhdys henkilön toimenkuvasta. Tämä koordinoija tuntee ryhmänsä jäsenet ja ohjaa ryhmän toimintaa. Kiinnostus verkostoitumiseen ja yhteistyö toisten potilaan hoitoketjuun osallistuvien kanssa lisää hoitotyön laatua ja tehokkuutta. Verkostoitumisen kohteita ovat osastolla työskentelevien muiden ammattiryhmien edustajat, yhteistyöosastot, sairaalatarvikeyritykset, ammattiyhdistykset ja koulutukseen sekä opetukseen liittyvät tahot. Laihon ja Kuokkasen (2004) mukaan leikkaushoitotyö on aina ollut tiimityötä. Yksi tiimirooli on koordinoija, vetäjä, se ei ole uusi hierarkkinen valta-asema. Tiimin vetäjänä toimivan sairaanhoitajan tehtävä on toimia yhteistyössä moniammatillisesti. Taidokas johtaminen luo oikeudenmukaisen, tasa-arvoisen ja turvallisen työilmapiirin.



Enontekiön tutkimuksessa (2010, 65) vastuuhoitajan työn rutiininomaisuus koettiin vastaajien mielestä työn mielekkyyttä heikentäväksi tekijäksi. Hoitohenkilöstöstä 40 % koki vastuuhoitajan työn stressaavaksi. Vastuuhoitajatoiminnan kehittämisalueiksi Enontekiön tutkimuksessa nousivat yhteistyö, yhteiset pelisäännöt, tiedottaminen, palautekäytännöt, arvostuksen saaminen ja työn organisointiin liittyvät elementit kuten riittävästi aikaa työn tekemiselle. Lipponen ym. (2005, 18) toivat esiin, että vastuuhoitajatoiminnan uhkakuvaksi saattaa osoittautua sisäisen tehtäväkierron toteutumattomuus, jolloin vastuuhoitajat joutuvat olemaan ainoastaan oman erikoisalansa leikkauksissa. Sisäisen tehtäväkierron on toimittava, jotta päivystysaikainen osaamisen taso pysyy korkeana.

Bergs, Rutten, Tadros, Krijnen & Schipper (2005, 910) korostavat tutkimuksessaan kommunikaation tärkeyttä nopeissa traumaelvytystilanteissa. Kommunikaatio ei ole tutkimuksen mukaan optimaalista traumaelvytystilanteissa. Puutteet kommunikaatiossa aiheuttavat hoidossa virheitä. Tämä vaarantaa potilasturvallisuuden. Hoitotyön ammattilaisten ja työyhteisöjen on kiinnitettävä huomiota viestinnän laatuun ja tätä kautta voidaan vaikuttaa hoidon laatuun. Laadukas potilashoito vaatii selkeää tiedon välittämistä kaikille moniammatillisen tiimin jäsenille.

Kehittämisehdotuksina vastuuhoitajatoiminnassa Enontekiö (2010, 73 – 75) esittää vastuualueen uudelleen organisointia, viestinnän ja tiimityön lisäämistä, yhteisten pelisääntöjen luomista ja yhteisiä kehityskeskusteluja vastuualueiden jäsenten kesken sekä vastuualueiden kehittymissuunnitelmien laatimista. Tärkeänä kehityskohteena nähtiin eri ammattiryhmien väliset yhteistyöpalaverit. Silvennoinen (2007, 52) nostaa perioperatiivisen sairaanhoitajan ammattipätevyyden kehittämiskohteiksi moniammatillisen yhteistyön, ohjauksen arvioinnin ja tutkitun tiedon arvioinnin sekä hyödyntämisen.

### 3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata nykyhetken vastuuhoitajatoiminnan vahvuuksia ja kehittämisalueita hoitohenkilökunnan mukaan Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Tutkimustehtävänä on vastata kysymyksiin:

Mitä vahvuuksia nykyisessä vastuuhoitajatoiminnassa on?

Mitä kehittämisalueita nykyisessä vastuuhoitajatoiminnassa on?

Miten vastuuhoitajatoimintaa voidaan kehittää leikkaus- ja anestesiaosastolla?

Tavoitteena on:

Saada tietoa tämän hetken vastuuhoitajatoiminnasta ja löytää tapoja kehittää leikkaus- ja anestesiaosaston vastuuhoitajatoimintaa.

### 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

#### 4.1. Tutkimusorganisaatio ja kohderyhmä

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluu 11 jäsenkuntaa (Kuva 1), joissa on asukkaita yhteensä noin 173 800. Kanta-Hämeen keskussairaallalla (K-HKS) on toimintayksiköt Hämeenlinnassa ja Riihimäellä.

Kuva 1. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ja toimipisteet



Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosasto kuuluu operatiiviseen tulosalueeseen. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosasto on alueen kolmesta leikkauksyksiköstä ainoa ympärivuorokauden toimiva yksikkö. Lähityönjohtajina osastolla on yksi osastonhoitaja ja kaksi apulaisosastonhoitajaa. Lähiesimiehet toimivat virkasuhteessa. Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelee 59 sairaanhoitajaa toimissa, joista 28 on anestesiaosastonhoitajaa ja 31 instrumentoivaa sairaanhoitajaa (tilanne syyskuu 2012). Sairanhoitajista suurin osa on erikoistunut leikkaus- ja anestesiahoitotyöhön. Osastolla työskentelevien sairaanhoitajien työaika muoto on kolmivuorotyö. Osastolla työskentelee myös kaksi lääkintävahtimestaria ja yksi osastosihteeri sekä hallinnollisesti muihin yksiköihin kuuluvia väline- ja sairaalahuoltajia. Osastoon kuuluu myös ylilääkärijohtoinen anestesiaosaston ammattiryhmä sekä omana yksikkönään toimiva kipupoliklinikka. Osastolla työskennellään tiiviissä yhteistyössä eri erikoisalojen leikkaavien lääkärien kanssa.

Vuonna 2012 arkipäivinä, virka-aikaan (klo 8 - 16), leikkaus- ja anestesiaosastolla toimi kuusi leikkaussalia elektiivisiä eli suunniteltuja leikkauksia varten ja kahdessa leikkaussalissa hoidettiin päivystysleikkauksia. Vuoden 2013 keväällä virka-aikana elektiivisiä leikkauksia tehtiin seitsemässä salissa ja päivystysleikkauksia kahdessa leikkaussalissa. Kesäkuusta 2013 lähtien on otettu käyttöön kolmas päivystyssali, jonka hoitohenkilökunnan työaika on klo 10.00 – 18.00. Ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin päivystysleikkauksia varten osastolla on yksi leikkaustiimi eli yksi anestesiaosastonhoitaja ja kaksi instrumentoivaa sairaanhoitajaa. Valvomossa/heräämössä on kymmenen asiakaspaikkaa. Heräämö toimii arkipäivisin kahdessa vuorossa ja viikonloppuisin sekä pyhäpäivinä heräämössä työskentelee yksi anestesiaosastonhoitaja klo 12 - 20.

K-HKS:n Hämeenlinnan leikkaus- ja anestesiaosastolla tehdään kaikkien operatiivisten erikoisalojen leikkauksia silmä-, sydän- ja neurokirurgiaa lukuun ottamatta. Vuonna 2011 leikkaus- ja anestesiaosastolla tehtiin yhteensä 6076 toimenpidettä, joista 3462 (57 %) oli suunniteltuja eli elektiivisiä toimenpiteitä ja 2614 (43 %) toimenpidettä tehtiin päivystyksenä. Eniten toimenpiteitä tehdään ortopedian (1538) ja gastroenterologisen kirurgian (968) erikoisaloilla. Taulukosta 2 käy ilmi vuoden 2011 ja 2012 elektiivisten ja päivystysleikkausten määrät erikoisaloittain. Leikkaus- ja toimenpidemäärät ovat kasvaneet gastroenterologian, lastenkirurgian, ortopedian, plastiikkakirurgian, urologian, korvatautien ja psykiatrian erikoisaloilla. Päivystysten ja elektiivisten toimenpiteiden suhde on pysynyt vuosien 2011 ja 2012 aikana samana.

## Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus

Khks / Leikkaushoito-poiminta 1.1.2011 - 31.12.2011				Khks / Leikkaushoito-poiminta 1.1.2012 - 31.12.2012			
Erikoisaloittain kiireellisyysluokittain				Erikoisaloittain kiireellisyysluokittain			
eanimi	Yhteensä	Elektiivinen	Päivystys	eanimi	Yhteensä	Elektiivinen	Päivystys
Sisät /Kardiologia	115	76	39	Sisät /Hematologia	3	2	1
Sisät Nefrologia	1	1		Sisät /Kardiologia	100	83	17
Anestesiologia	339	180	159	Anestesiologia	267	127	140
Kirur /Gastroenterologia	968	405	563	Kirurgia	2		2
Kirur /Lastenkirurgia	273	119	154	Kirur /Gastroenterologia	1026	424	602
Ortopedia	1538	668	870	Kirur /Lastenkirurgia	305	159	146
Kirur Plastiikkakirurgia	146	83	63	Ortopedia	1676	750	926
Kirur /Urologia	318	258	60	Kirur Plastiikkakirurgia	175	91	84
Verisuonikirurgia	335	166	169	Kirur /Urologia	328	273	55
Kirur/Yleiskirurgia	302	267	35	Verisuonikirurgia	321	156	165
Naistentaudit	389	272	117	Kirur/Yleiskirurgia	225	211	14
Synnytykset	364	81	283	Naistentaudit	380	286	94
Lastentaudit	21	14	7	Synnytykset	331	57	274
Last /Reumatologia	159	159		Lastentaudit	21	15	6
Silmätaudit	1	1		Last /Reumatologia	136	135	1
Korvataudit	452	394	58	Silmätaudit	1	1	
Suu- ja leukakirurgia	145	110	35	Korvataudit	465	409	56
Syöpätaudit	1	1		Suu- ja leukakirurgia	115	87	28
Psykiatria	180	180		Psykiatria	226	226	
Nuorisopsykiatria	27	27		Nuorisopsykiatria	19	19	
Neurologia	1		1	Neurologia	4		4
Keuhkosairaudet	1		1	Fysiatria	1	1	
<b>Yhteensä</b>	<b>6076</b>	<b>3462</b>	<b>2614</b>	<b>KhsLeik Summa</b>	<b>6127</b>	<b>3512</b>	<b>2615</b>

Taulukko 2. K-HKS:n Hämeenlinnan leikkausosaston toimenpiteet erikoisaloittain vuosilta 2011 ja 2012

### 4.2. Vastuuhoitajatoiminta kohdeorganisaatiossa

Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevät leikkaus- ja anestesiaa sairaanhoitajat sekä lääkintävahtimestarit kuuluvat vastuuhoitajajärjestelmään. Taulukossa 3 on esitetty kohdeosaston anestesiologiset vastuualueet ja instrumenttihoitajien vastuualueet. Vastuuhoitajat huolehtivat normaalin päivittäisen perioperatiivisen hoitotyön eli välittömän potilastyön lisäksi vastuualueilleen kuuluvista vastuutehtävistä. Vastuuhoitajat ovat erikoistuneet tietyille alueille, joiden toiminnan sujuvuudesta, organisoinnista ja kehittämisestä he vastaavat. Vastuutehtävät liittyvät suurelta osin välilliseen potilashoittoon ja ne ovat olennainen osa perioperatiivisen potilaan hoitokokonaisuutta. Vastuuhoitajan tehtäviin kuuluu mm. päivittää ja pitää ajan tasalla leikkaus- ja toimenpidekorttien tiedot, jotta oikeat välineet ja tarvikkeet ovat saatavilla oikeissa paikoissa toimenpiteen aikana. Vastuuhoitaja huolehtii toimenpiteissä käytettyjen tarvikkeiden tilauksista ja osastolle toimitetun tavaran vastaanottamisesta. Uusien työntekijöiden ja kollegojen perehdytys ja koulutus oman vastuualueen toimenpiteisiin ja käytettäviin laitteisiin on vastuuhoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä. Turvallisuudesta vastuuhoitaja huolehtii mm. päivittämällä oman erikoisalansa laitteiden käyttöohjeet,

huolehtimalla laitteiden käyttökunnosta sekä tarvittaessa niiden huoltoon toimittamisesta. Vastuuhoitaja käy oman erikoisalansa koulutuksissa ja tuo sieltä uutta tietoa kohdeyksikön työntekijöiden käyttöön. Vastuuhoitajan työ K-HKS:n Hämeenlinnan leikkaus- ja anestesiaosastolla on moniammatillista toimintaa, kun yhteistyökumppaneina ovat mm. leikkaavat lääkärit, lääkintävahtimestarit, välinehuoltajat, sairaalahuoltajat, laboratoriot, röntgen, vuodeosastot, päivystyspoliklinikka ja sairaalatarvikeyritykset. Vastuuhoitaja pitää yhteyttä ja tiedottaa yhteistyötaholle oman erikoisalansa ja leikkaus- ja anestesiaosaston toiminnasta. Yhteistyöllä kehitetään sujuvaa, turvallista ja vaikuttavaa perioperatiivista hoitoa.

Anestesiologiset vastuualueet 2012	Instrumenttihoitajien vastuualueet 2012
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Synnytykset / Naistentaudit</li> <li>2. Korva- nenä- ja kurkkutaudit sekä suu- ja leukakirurgia</li> <li>3. Thorax- ja verisuonikirurgia</li> <li>4. Urologia</li> <li>5. Yleiskirurgia</li> <li>6. Gastroenterologinen kirurgia</li> <li>7. Lapset ja nuoret</li> <li>8. Plastiikkakirurgia</li> <li>9. Ortopedia ja traumatologia</li> <li>10. Tahdistimet</li> <li>11. Elvytys</li> <li>12. Kojet ja laitteet käyttö</li> <li>13. Kojet ja laitteet hankinta</li> <li>14. Pehdytys</li> <li>15. Opiskelijajohtaus</li> <li>16. Katastrofivalmius</li> <li>17. Laatu- ja tietojärjestelmä</li> <li>18. Anestesiatietojärjestelmä</li> <li>19. Jälkivalvontayksikkö</li> <li>20. Lääkkeet ja lääkekaapit</li> <li>21. Kivunhoito</li> <li>22. Ulkopisteanestesioidit</li> <li>23. Iv-katetrit ja portit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Synnytykset / Naistentaudit</li> <li>2. Korva- nenä- ja kurkkutaudit</li> <li>3. Suu- ja leukakirurgia</li> <li>4. Thorax- ja verisuonikirurgia</li> <li>5. Urologia</li> <li>6. Yleiskirurgia</li> <li>7. Gastroenterologinen kirurgia</li> <li>8. Lasten kirurgia</li> <li>9. Plastiikkakirurgia</li> <li>10. Ortopedia</li> <li>11. Tahdistimet</li> <li>12. Elvytys</li> <li>13. Kojet ja laitteet</li> <li>14. Työsuojelu</li> <li>15. Tilaukset ja varastot</li> <li>16. Pehdytys / opiskelijajohtaus</li> <li>17. Katastrofivalmius</li> <li>18. Tietojärjestelmä Effic</li> <li>19. Heräämö / valvonta</li> <li>20. Atk-tuki</li> <li>21. Säteily ja C-kaaret</li> <li>22. Kuvantallennus</li> <li>23. Näytteet</li> <li>24. Luupankki</li> <li>25. Haavanhoito</li> <li>26. Hygieniavastaava</li> <li>27. Välinehuolto</li> <li>28. Ommelaineet</li> <li>29. Leikkausasetukset, -tasot ja kipsaus</li> </ol>

Taulukko 3. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön anestesiologiset vastuualueet ja instrumenttihoitajien vastuualueet 2012

Hoitohenkilökunta on jaettu leikkaus- ja anestesiahoitotyön sekä muiden erityisosaamista vaativien tehtävien mukaisille vastuualueille. Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla on tällä hetkellä 23 vastuualuetta anestesiahoitotyön puolella ja 29 vastuualuetta instrumentoivilla sairaanhoitajilla. Taulukossa 3 on eritelty kohdeosastolla

käytössä olevat vastuualueet jaettuna instrumenttipuolen ja anestesiapuolen vastuualueisiin. Vastuualueella toimii yhdestä kuuteen hoitajaa. Kohdeosastolla ei ole kirjattuna vastuuhoidajien tehtäviä ja suunnitelmallista yhteistoimintaa vastuuhoidajien kesken on satunnaisesti. Vastuualueiden työnjakomallit vaihtelevat tällä hetkellä suuresti. Osa vastuualueista toimii yksilötyöskentelynä, mutta pari- ja ryhmätyöskentely ovat yleisimmät työnjakomallit. Vastuuhoitajan työn nykytilan kuvaus tuo tehtävän työn näkyväksi.

#### 4.3. Metodologiset valinnat

Kvalitatiivinen tutkimusote perustuu eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan. Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen ja Saari (1994) ovat määritelleet kvalitatiivinen tutkimusotteen soveltuvan tutkimukseen, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisesta rakenteesta enemmän kuin yleisluontoisesta jakautumisesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista. Kvalitatiivista tutkimusotetta käytetään, kun tutkimuksen kohteena on luonnollisia tilanteita tai halutaan saada tietoa tiettyjen tapausten syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeellisin menetelmin. (Metsämuuronen 2005, 202 – 203.) Milesin ja Hubermanin (1984) mukaan kvalitatiivista metodologiaa käyttävä tutkija etsii keräämästään aineistosta joitakin yleisiä yhtäläisyyksiä ja luo alustavia ehdotuksia käsitteistä sekä päätyy koherenttiin käsitteen määrittelyyn. (Janhonen & Nikkonen 2003, 15.)

Kirjallisuudessa (Bogdan & Biklen 1982, 39 – 48; Borg & Gall 1989, 385 – 387; Maykut & Morehouse 1994, 43 – 47; Patton 1983, 40 – 41 ja Silverman 1994, 23 – 29) on kuvattu kvalitatiivisen tutkimuksen olevan luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jossa aineisto kootaan todenmukaisissa ja luonnollisissa tilanteissa. Tiedon keräämisen instrumenttina suositetaan ihmistä eli tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa. Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu eli käytetään induktiivista analyysiä. Aineiston hankinnassa suositetaan laadullisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat mm. ryhmähaastattelu, teemahaastattelu ja erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, eikä käytetä satunnaisotantaa. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Toteutus on joustavaa ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden avulla pyritään löytämään tutkittavasta aineistoista toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Pietilän (1973) sekä Burns ja Groven (1997) mukaan tutkimusaineiston analyysimenetelmänä kvalitatiivinen

sisällönanalyysi tiivistää kerätyn tietoaineiston. Sisällönanalyysillä tutkittavaa ilmiötä kuvataan yleistettävästi ja pyritään saamaan tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeänä esille. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 – 22.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston luokittelu, analyysi ja tulkinta ovat kietoutuneet toisiinsa ja vaiheet menevät usein päällekkäin tutkimusta tehdessä. Aineistoa analysoidaan lähellä sen kontekstia. Tyypillinen esimerkki tästä on, että laadullinen tutkimus säilyttää usein aineistonsa alkuperäisessä sanallisessa muodossa. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda tiivis, sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107 - 108)

#### 4.4. Aineiston keruu

Vastuuhoitajatoiminnan tutkimus sai alkusysäyksen marraskuun lopussa 2011 K-HKS:n operatiivisen tulosalueen ylihoitajan, Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitajan, apulaisosastonhoitajien ja hoitohenkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Liitteessä 1 on havainnollistettu tutkimuksen eteneminen vaiheittain. Tutkimuksen teoriatausta koottiin maaliskuussa 2012. Tutkimuksen aiheen esittely kohdeosaston hoitohenkilökunnalle tapahtuu huhtikuun 13. päivänä 2012. Tutkimuslupa haettiin K-HKS:n operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta huhtikuussa 2012. Tutkimuslupa myönnettiin 18.4.2012. (Liite 2)

Tutkimukseen osallistui leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevä hoitohenkilökunta eli leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajat, lääkintävahtimestarit ja lähiesimiehet, eli 63 henkilöä. Tiedonantajina toimi koko K-HKS:n Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston henkilöstö, näin saatiin kattava näkemys työyksikön vastuuhoitajatoiminnan nykytilasta.

Tutkimus toteutettiin sähköisessä muodossa toteutettavana Webropol-kyselynä (liite 4) leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnalle. Kyselyn avoimilla kysymyksillä hankittiin käytännön tieto vastuuhoitajatoiminnasta kohdeosastolla ja kartoitettiin nykytilanne. Foddy (1995, 128) tuo esiin, että avoimet kysymykset antavat tutkimukseen vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet kysymykset osoittavat, mikä on vastaajien tietämys tutkittavasta aiheesta. Avoimilla kysymyksillä voidaan osoittaa, mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa sekä tuoda esiin vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuus. Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden tarkastella vastaajien viitekehyksiä ja tunnistaa motivaatioon liittyviä tekijöitä. Avoimet kysymykset saattavat tuottaa sisällöltään erittäin moninaisen aineiston, jota voi olla vaikea käsitellä ja koodata. (Hirsjärvi ym. 2009, 201)

Kysely esitettiin avointen kysymysten luettavuuden ja ymmärrettävyyden varmistamiseksi syyskuun 2012 alussa kolmella päiväkirurgian sairaanhoitajalla ja yhdellä perioperatiivisella ostohoitajalla. Kaikilla esitestaukseen osallistuneilla henkilöillä on laaja kokemus perioperatiivisesta hoitotyöstä ja pitkä työkokemus leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kysymysten esitestauksesta saadun palautteen perusteella kysymysten sanavalintoja korjattiin ymmärrettävyyden parantamiseksi ja osa kysymyksistä karsittiin kokonaan pois.

Hoitohenkilökunnalle suunnattu Webropol – kysely toteutettiin 24.9. – 8.10.2012. Tutkimuksen kohderyhmää muistutettiin vastuuhoitajatoimintakyselystä kahdella sähköpostiviestillä 1.10.2012 ja 8.10.2012, joissa oli tutkimuksen saatekirje ja linkki kyselyyn. Vastauksia saatiin 8.10.2012 klo 24.00 mennessä 27 kohdeosaston hoitotyöntekijältä.

#### 4.5. Aineiston analyysi

Sisällönanalyysiprosessi voidaan jakaa induktiiviseen tai deduktiiviseen päättelyyn. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet eli aikaisemmat käsitejärjestelmät, joiden ilmenemistä konkretiassa tarkastellaan. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä päättelyssä siirrytään konkreettisesta aineistoista sen käsitteelliseen kuvaukseen. Induktiivisessa päättelyssä luokitellaan siis tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Analyysiä ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä sekä kysymyksen asettelu. (Kylmä & Juvakka 2007, 112 – 113; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 108 - 109) sekä Latvala ja Vanhanen-Nuutinen (2003, 26 – 29) jaottelevat laadullisen aineiston sisällönanalyysin seuraaviin vaiheisiin:

- 1) Ensin aineistoon perehdytään lukemalla se huolellisesti läpi.
- 2) Aineisto pelkistetään yksinkertaisemmiksi ilmauksiksi. Aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein. Vaihetta voidaan kutsua myös koodaamiseksi ja tässä vaiheessa aineistosta myös karsitaan epäolennaisia asioita.
- 3) Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään etsimällä aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi.
- 4) Ryhmittelyn yhteydessä tutkija kirjaa tiivistyvästä aineistosta tekemiään tulkintoja ja ryhmistä muodostetaan ylempiä luokkia eli teoreettisempia teemoja.
- 5) Analyysiin ja omiin tulkintoihin tuodaan mukaan kytkennät teorioihin, kirjallisuuteen, aiempiin tutkimuksiin ym. ja tutkimus muokataan tekstiksi.

Andren (1981), Robson (1993) sekä Hickey & Kipping (1996) tuovat esiin sisällönanalyysin liittyvän ongelmana tutkijan kykenemättömyyden



analyysiprosessin objektiiviseen tarkasteluun. Tällöin tulos perustuu tutkijan omaan subjektiiviseen näkemykseen aiheesta. Sisällönanalyysin haasteellisuutena he pitivät tutkijan onnistumista aineiston pelkistämisessä ja kategorioiden muodostamisessa niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee pystyä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36 – 37.)

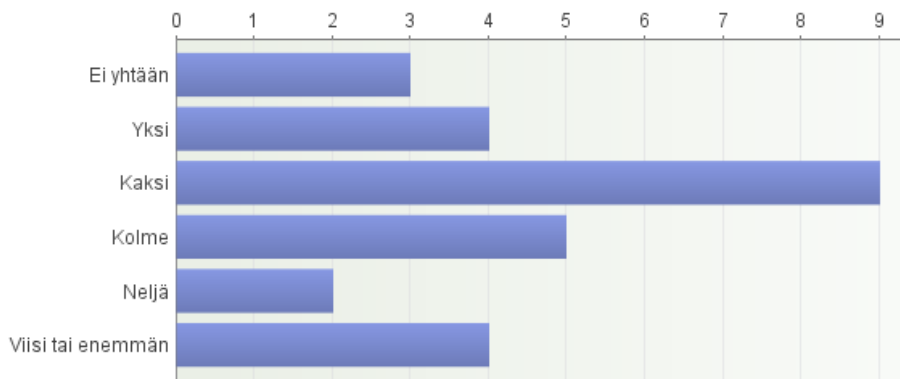
Kaikki vastuuhoitajatoimintakyselyyn täytetyt ja määräaikaan 8.10.2012 klo 24.00 mennessä palautetut vastaukset (N=27) hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Analyysissä käytettiin hyväksi Word-tekstinkäsittelyohjelmaa. Vastaajien alkuperäisistä ilmaisuista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset ja niistä ryhmiteltiin alakategoriat yhdistäen ne edelleen yläkategorioiksi. (Liitteet 5 – 8.)

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1. Vastaajien taustatiedot

Vastuuhoitajatoiminnan kyselyyn vastasi 27 hoitohenkilökintaan kuuluvaa työntekijää. Heistä viisitoista (15) toimi instrumentoivan sairaanhoitajan tehtävässä ja yhdeksän (9) toimi anestesia-sairanhoitajan tehtävässä sekä kolmella vastaajista oli muu tehtävänkuva.

Vastuuhoitajina vastaajista toimi 22. Viisi (5) kyselyyn vastanneista ei toiminut vastuuhoitajana kyselyn suoritusajana. Kuviossa 2 on esitetty kuinka monella vastuualueella kyselyyn vastanneet toimivat. Vastuuhoitajista enemmistö toimi kahdella (n = 9) tai kolmella (n = 5) vastuualueella. Kolmella (3) vastaajista ei ollut yhtään vastuualuetta, neljällä (4) oli yksi vastuualue ja kuudella (6) vastaajista oli neljä tai enemmän vastuualueita.

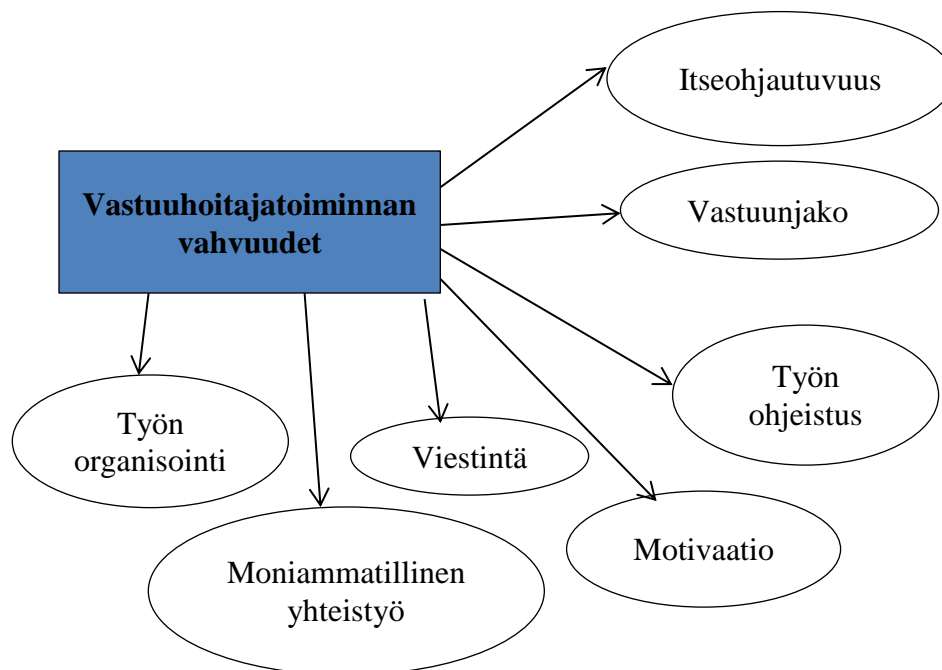


Kuvio 2. Kysymys 3. Kuinka monta vastuualuetta sinulla on tällä hetkellä? (N = 27)

Kysymykseen, mikä on vastuualueesi hoitajien kokonaismäärä, oli vastannut 24 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Yleisimmin vastuualueilla toimi yhteensä kaksi hoitajaa ( $n = 15$ ). Seuraavaksi yleisimmät vastuuhoidajamäärät vastuualueilla olivat viisi ( $n = 14$ ) ja neljä ( $n = 12$ ). Kolme vastaajista ilmoitti toimivansa yksin vastuualueensa hoitajana.

## 5.2. Vahvuudet nykyisessä vastuuhoidajatoiminnassa

Kyselyyn vastanneista 25 vastasi kysymykseen, mitkä asiat toimivat nykyisessä vastuuhoidajatoiminnassa hyvin tai erityisen hyvin. Henkilöstön näkemys vastuuhoidajatoiminnan vahvuuksista muodostui seitsemästä yläkategoriasta: itseohjautuvuus, vastuunjako, työn ohjeistus, motivaatio, viestintä, moniammatillinen yhteistyö ja työn organisointi (kuvio 3).



Kuvio 3. Vastuuhoitajatoiminnan vahvuudet hoitohenkilökunnan kuvaamana

Merkittävimmäksi vastuuhoidajatoiminnan vahvuudeksi hoitohenkilökunta koki **itseohjautuvuuden** vastuuhoidajan työssä. Itseohjautuvuutta kuvailtiin itsenäisenä, oman vastuualueen hoitamisena, omana aktiivisuutena ottaa aikaa vastuualueen hoitoon, sitoutuneena ja erinomaisena vastuualueiden hoitona. Myös aktiivinen hakeutuminen koulutuksiin ja positiivinen suhtautuminen työhön sekä itsensä kehittäminen kuuluivat itseohjautuvuuteen vastuuhoidajan työssä. Vastaajat kuvasivat itseohjautuvuutta seuraavasti:

*"On liuta vastuuhoidajia, jotka hoitavat itsenäisesti omaa aluettaan ja se on erinomaista."*

*”Ei voi jäädä odottelemaan että AIKAA ANNETAAN, se on OTETTAVA.”*

*”Heistä monet myös ottavat ajan vastualueen hoitoon, mikä vaatiikin omaa aktiivisuutta.”*

*”Osa hoitajista etsii ja pyytää jatkuvasti koulutuksiin.”*

*”Aktiiviset saa haluamansa. Positiivinen lataus ja eteneminen tuottaa työelämässä aina tulosta.”*

*”Myös oman itsensä kehittämisen vastuu on jokaisella.”*

Työntekijöiden henkilökohtainen **Motivaatio** vastuuhoidajan työtä kohtaan nousi toiseksi merkittävimmäksi vastuuhoidajuuden vahvuusalueeksi. Vastauksissa pidettiin tärkeänä, että vastuualueista ollaan kiinnostuneita ja vastuualueet sekä vastuualueiden määrän voi valita oman mielenkiinnon perusteella.

*”Vastuualueet määräytyvät oman mielenkiinnon perusteella.”*

*”Myös vastuualueiden määrään voi itse vaikuttaa voimavarojensa mukaan.”*

**Vastuun jaossa** vastaajat pitivät tärkeänä, että vastuualueissa vastuu jakautuu useammalle henkilölle. Työn jatkuvuus, yhteistyö ja osaaminen jakautuu tasaisesti ja selkeät vastuualuejaot koetaan vahvuutena.

*”Vastuu on jakautunut sopivasti useammalle henkilölle. Yhden ei ole pakko muistaa ihan kaikkea.”*

*”Vastuu-alueet ovat selkeästi jaettu.”*

**Työn ohjeistus** vastuuhoidajatoiminnassa nousi vastauksissa myös vahvuusalueeksi. Ajantasaiset ja päivitettyt ohje- ja toimenpidekansiot sekä selkeät ohjeet leikkauksiin valmistautumiseen auttavat hoitohenkilökuntaa valmistautumaan eri erikoisalojen toimenpiteisiin. Päivitetyt ohjeet auttavat uusia työntekijöitä perehtymisessä ja toimivat kokeneemmille muistin tukena ja tarkistuslistana.

*”Kun on ohjekortteihin laitettu tiivistetysti leikkauksen tapahtumat tai havainnollistavia kuvia tai muuta vastaavaa. Auttaa kovasti jos ei asiasta paljoa tiedä.”*

*”Vastuuhoitajien ylläpitämät kansiot ovat pääasiallisesti hyviä ja ajan tasalla.”*

**Viestintää** hyvin toimivana piti pieni osa vastaajista. Vastuuhoitajuuden hyvin toimiviksi asioiksi vastaajat nimesivät kollegiaalisuuden, joka sisältää

vertaistuen ja kannustuksen. Lisäksi hyvin toimivat yhteistyö sidosryhmien kanssa, tiedotus vastualueen asioista ja joidenkin erikoisalojen yhteistyöpalaverit.

*”Ilmapiiri vastualueiden hoitamiseen on kannustava.”*

*”Vertaistuki vastuuhoitajuudessa.”*

*”Aika monet vastuuhoitajat tiedottavat nykyisin kiitettävästi vastuualueistaan.”*

Pari kyselyyn vastanneista nosti moniammatillisen yhteistyön hyvin toimivaksi asiaksi vastuuhoitajatoiminnassa.

*”Gastron palaverit kaksi kertaa vuodessa hyvät.”*

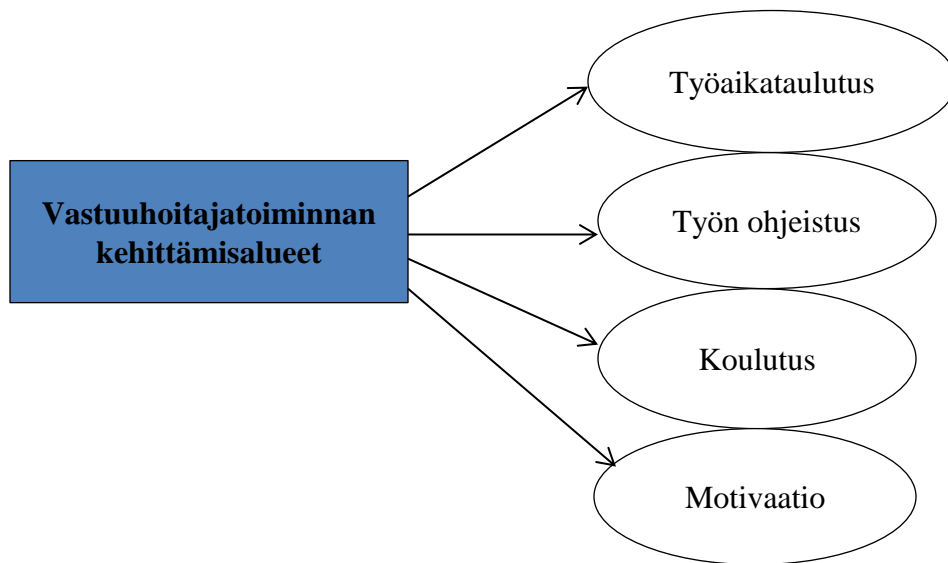
*”Hyvin yhteistyö sidosryhmien kanssa.”*

Työn nykyinen organisointi koetaan kahden vastaajan mielestä hyvin toimivaksi vastuuhoitajatoiminnassa. Työtä organisoidaan niin, että on mahdollista osallistua oman vastualueen suunniteltuihin leikkauksiin virka-aikana.

*”Nykyään saa enemmän olla omalla vastualueellaan ja isommissa vastualueen leikkauksissa.”*

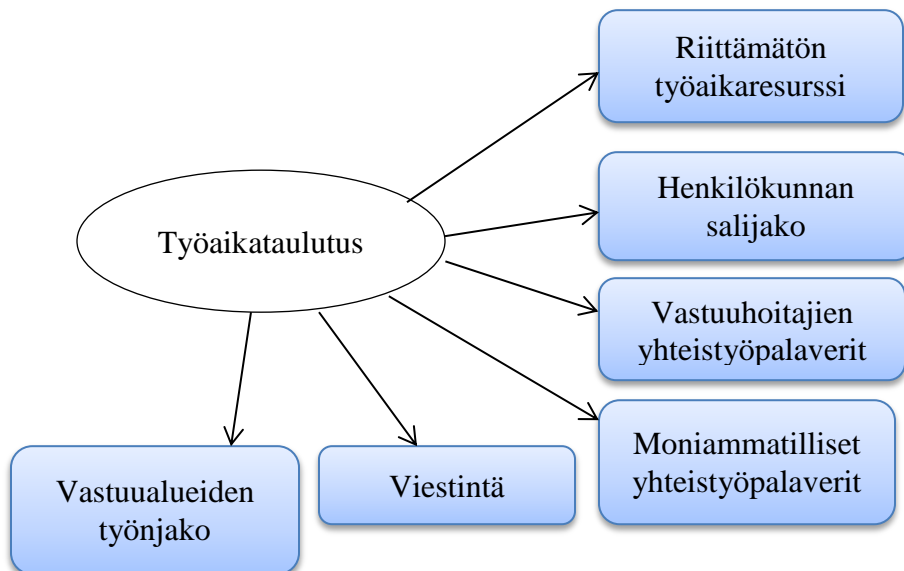
### 5.3. Kehittämiskohteena työaikataulutus

Vastuuhoitajatoiminnan kehittämiskohteita selvittävään kysymykseen vastasi 26 kyselyyn osallistuneesta hoitohenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnan näkemys vastuuhoitajatoiminnan kehittämisalueista jakautui neljään pääkategoriaan: työaikataulutus, työn ohjeistus, koulutus ja motivaatio (kuviot 4).



Kuvio 4. Vastuuhoitajatoiminnan kehittämisaalueet hoitohenkilökunnan mukaan

Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi hoitohenkilökunta nosti ylivoimaisesti **työaikataulutuksen**. Työaikataulutuksessa vastaajat toivat esiin kehittämiskohteina riittämättömän työaikaresurssin, henkilökunnan salijaon, aikataulutetut vastuuhoitajien yhteistyöpalaverit, suunnitellut moniammatilliset yhteistyöpalaverit, viestinnän ja vastuualueiden työnjaon.



Kuvio 5. Yläkategorian työaikataulutus jakautuminen alakategorioihin

Taulukossa 4 on esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä ja työaikataulukus yläkategorian muodostamisesta.

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
Lisäksi aikaa vastuualueiden tekemiseen jää vain aniharvoin lyhyitä pätkiä salityön ulkopuolella.	Ajan puute hoitaa vastuualuetta	Riittämätön työaika resurssi	Työaikataulukus
Aikaa vastuualueiden hoitamiseen ei juurikaan ole.	Aikaa ei ole vastuualueen hoitamiseen		
Pitäisi saada työaikaa oman vastuualueen asioiden hoitamiseen. Tällä hetkellä sitä on mahdollisuus saada äärimmäisen harvoin/ei koskaan.	Työaikaa vastuualueen hoitamiseen		
Listanvetopäivä on usein ainoa mahdollisuus hoitaa vastuualueita, mutta se ei mielestäni ole tarkoituksen mukaista sillä listanveto on jo itsessään vastuualueen hoitamista.	Vastuualueen hoito toisen vastuualueen aikana		
Lisää aikaa vastuualueiden hoitoon, mahdollisuuksia päästä kouluttautumaan oman vastuualueen puitteissa	Aikaa vastuualueen hoitamiseen ja mahdollisuus kouluttautua		
Olen huomannut, että niillä hoitajilla, joilla on vastuualueet, ei ole tarpeeksi aikaa vastuualueensa "hoitoon".	Ei riittävästi aikaa hoitaa vastuualuetta		

Taulukko 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja yläkategorian työaikataulukus kehittämiskohteena muodostamisesta.

Vastaajien mielestä vastuuhoitajan tehtävien hoitamiseen kohdennettu työaika-resurssi on riittämätön. Ei ole mahdollista tehdä työaikana vastuualueeseen kuuluvia tehtäviä. Vastaajat kokivat myös vähäisen aikaresurssin haittaavan vastuuhoitajan työn kehittämistä. Vastauksista tuli esiin, että vastuuhoitajan tehtäviä tehdään työpäivän aikana muun työn ohessa.

*"Vastuuhoitajilla ei ole säännöllistä työaikaa vastuualueiden hoitoon."*

*"Aikaa vastuualueen kehittämiseksi."*

Vastaajat kokivat, että henkilökunnan jako salityöhön suunniteltuihin eli elektiivisiin leikkauksiin vaatii kehittämistä. Vastaajat toivoivat säännöllistä pääsyä oman vastuualueen leikkauksiin sekä tasapuolista töiden jakoa vastuuhoitajien kesken.

*"Joskus saattaa omasta vastuualueestaan olla useiden kuukausien tauko."*

*"Vähän esiintyy epäoikeudenmukaisuutta sali sijoituksissa vastuuhoitajien kesken."*

Taulukossa 5 alkuperäisilmaisujen ryhmittely pelkistetyiksi ilmaisuiksi ja ryhmittely ala- ja yläkategorioihin.

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Vähän esiintyy epäoikeuden mukaisuutta sali sijoituksissa vastuuhoitajien kesken..</i>	Epäoikeuden mukaisuus sali sijoituksissa	Henkilökunnan salijako	Työaikataulutus
<i>oman erityisalan leikkauksiin ei pääse</i>	Pääsy oman erikoisalan leikkauksiin		
<i>Salijaossakaan se (vastuuhoitajuus) ei näy, vaikka olisi mahdollista tehdä niin</i>	Vastuuhoitajuus salijaossa		
<i>Joskus saattaa omasta vastuualueestaan olla useiden kuukausien tauko.</i>	Tauot vastuuhoitajan pääsyssä oman vastuualueen leikkauksiin		
<i>ei pääse välttämättä vastuualueelle pitkään aikaan.</i>			
<i>Anestesiapuolella olisi myös kiva konkreettisesti päästä oman vastuualueen toimenpiteisiin.</i>			

Taulukko 5. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategoriaan henkilökunnan salijako ja yläkategoriaan työaikataulutus

Vastaajat pitivät tärkeinä organisoituja ja aikataulutettuja vastuualueen palaverieja (taulukko 6), joissa on mahdollista sopia vastuuhoitajien kesken tehtävien jaosta ja suunnitelmista.

*”Toivoisin enemmän aikaa vastuualue tiimille eli yhteistä keskustelu aikaa, jossa pääsisi sopimaan toiminnan linjoista.”*

*”Tärkeää olisi myös se, että KAIKKI ko. erikoisalan vastuuhoitajat pääsisivät yhdessä kokoontumaan.”*

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
Vastuuhoitajilla tulisi olla yhteisiä palavereja esimerkiksi kerran kuussa tiistai- tai perjantai aamuisin.	Yhteiset säännöllisesti vastuuhoitajaryhmien kesken	Vastuuhoitajien yhteistyöpalaverit	Työaikataulutus
Tärkeää olisi myös se, että KAIKKI ko. erikoisalan vastuuhoitajat pääsisivät yhdessä kokoontumaan.	Kaikkien vastuualueen hoitajien kokoontumiset		
Tietyn erikoisalan vastuuhoitajien palaveeraaminen on lähes olematonta ajanpuutteen vuoksi, mutta olisi erittäin tärkeää	erikoisala kohtainen vastuuhoitajien palaveeraaminen		
vastuuhoitajien yhteisen ajan saaminen vastuualueen hoitamiseen	Yhteinen aika vastuuhoitajille		
Toivoisin enemmän aikaa vastuualue tiimille eli yhteistä keskustelu aikaa, jossa pääsisi sopimaan toiminnan linjoista	vastuualue tiimille eli yhteistä keskustelu aikaa		

Taulukko 6. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategoriaan vastuuhoitajien yhteistyöpalaverit ja yläkategoriaan työaikataulutus

Moniammatillinen yhteistyö ja etenkin yhteistyö vastuualueen erikoislääkärien kanssa nousi vastuuhoitajatoiminnan kehittämiskohteeksi. Vastaajat kokivat, että joillakin erikoisaloilla yhteistyöpalaverien käytäntö jo toimii, mutta ei kaikilla.

*”Palavereja pitäisi järjestää yhdessä ko. alan kirurgien kanssa. (Gastrolla toimii).”*

*”Enemmän yhteistyötä myös alueen lääkäreiden kanssa!”*

Vastaajien mielestä vastuuhoitajatoiminnan kehittämiskohteena työn jakoon tulee kiinnittää huomiota. Suuret vastuualuekokonaisuudet, useat vastuualueet ja ajan puute vaikeuttavat työn hoitamista.

*”Osa vastuualueiden asia kokonaisuuksista on liian suuria/haasteellisia ylläpidettäviä siten, että niitä voisi ”viraapeli-töinä” suorittaa vasemmalla kädellä alkuperäisen toimenkuvanmukaisen työn ohessa.”*

Viestinnässä kehittämisen kohteeksi vastaajien mukaan nousi vastuuhoitajien tiedon välittäminen työyhteisölle ja esimiehille. Vastuuhoitajan aktiivinen rooli tiedonvälityksessä, kun vastuutehtävien hoitaminen vaatii työaikajärjestelyjä.

*”Tiedon kulku vastuuhoitajien kautta koko työyhteisölle.”*



*”Vastuuhoitajien sitoutuminen vastuuhoitajuuteen, omatoiminen ote, ajanlöytäminen itse- tai ajantarpeen tiedoksi saattaminen listanvetäjälle/esimiehille.”*

#### 5.4. Kehittämiskohteena työn ohjeistus

**Työn ohjeistus** kehittämiskohteena jakautui viiteen alakategoriaan: työn kuvaus, työnjako, esimiehen valvonta ja ohjaus, yksilöllinen työnjako ja ennakointi. Taulukossa 7 on esitetty alkuperäisilmausten pelkistäminen ja ryhmittely alakategorioista työn ohjeistus yläkategoriaan. Kolmasosa vastaajista toi vastauksissaan esiin tarpeen kehittää ja selvittää vastuuhoitajuuden työnkuvaa eli mitä tehtäviä vastuuhoitajuuteen kuuluu ja miten työt on jaettu vastuuhoitajien kesken sekä miten työnjako toimii esimiesten, osastosihteerin ja vastuuhoitajien kesken.

*”Vastuuhoitajien toimenkuvia ei ole määritelty.”*

*”On hyvin paljon työtehtäviä, joita vastuuhoitajien tulisi tehdä, mutta henkilökunta ei tiedä mitä voi tai saa tehdä itsenäisesti ollessaan vastuuhoitaja.”*

*”Töiden jakautuminen vastuuhoitajien kesken, oh:n tai os.siht ja vastuuhoitajien (= tilausasiat) kesken.”*

Hoitohenkilöstön mielestä esimiesten olisi enemmän seurattava ja koordinoitava vastuuhoitajuutta kokonaisuutena.

*”Seuranta esimiehen (?) taholta puuttuu. Jos jään pois, asiat jäävät oman onnensa nojaan.”*

*”Vastuuhoitajuuden eri osa-alueiden (yhteydenpito kirurgeihin/anelääk:n, edustajiin, laitteet, kk-tuotteet ym. hoitotuotteet, lääkkeet..) tulisi olla niin tiukasti vastuuhoitajalla että lähiesimies vain koordinoi (alaistensa) vastuuhoitajien tekemien asioiden kokonaisuutta.”*

Vastaajat toivat esiin tarpeen kehittää vastuuhoitajatoimintaa yksilöllisen työnjaon kautta. Vastuuhoitajuus ja vastuutehtävät tulisi jakaa yksilöllisesti huomioon ottaen työntekijän persoonallisuus, työkokemus ja perehtyneisyys.

*”Vastuuhoitajuudesta on väärä käsitys: se nähdään yhtenä työtehtävänä ja kaikilla on oltava vastuualue, olipa kokemus mikä hyvänsä ja kyky hoitaa omaa vastuualuetta mikä tahansa.”*

Kehittämisen kohteeksi vastauksista nousi ennakointi. Vastaajat kuvasivat asiaa seuraavasti:

*”Muutenkin on paljon ”törmäysäuto”-menttaliteettia eli selvitetään asia sitten kun se tulee ongelmana vastaan.”*

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Mielestäni vastuuhoitajuus ane-puolella on yhtä kuin nimipaperissa ja kansion teko ehkä. Iso osa porukasta ei ole tehnyt mitään.</i>	Vastuuhoitajuus nimellinen, ei sitoutumista	Työnkuvaus	Työn ohjeistus
<i>Nykymuotoisena vastuuhoitajuus (jos sellaista on) ei toimi osastollamme.. Vastuuhoitajatoiminta on mielestäni osittain aikansa elänyt käsite, mikä toimii vain tietyillä vastuualueilla hyvin toisilla taas jollain tavalla tai ei lainkaan..</i>	Vastuuhoitajuus toimii vain osalla vastuualueista		
<i>Vastuuhoitajien toimenkuvia ei ole määritelty.</i>	määritellyt vastuuhoitajien toimenkuvat		
<i>On hyvin paljon työtehtäviä, joita vastuuhoitajien tulisi tehdä, mutta henkilökunta ei tiedä mitä voi tai saa tehdä itsenäisesti ollessaan vastuuhoitaja.</i>	Henkilökunta ei tiedä mitä saa tehdä itsenäisesti		
<i>Työnjako vastuuhoitajien kesken vastuualueen sisällä.</i>	Vastuuhoitajien työnjako	Työnjako	
<i>Töiden jakautuminen vastuuhoitajien kesken, oh:n tai os.siht ja vastuuhoitajien (= tilausasiat) kesken.</i>	työnjako vastuuhoitajien, aoh ja osaston sihteerin kesken		
<i>Vastuuhoitajuuden eri osa-alueiden (yhteydenpito kirurgeihin/anelääk:n, edustajiin, laitteet, kk-tuotteet ym. hoitotuotteet, lääkkeet..) tulisi olla niin tiukasti vastuuhoitajalla että lähiesimies vain koordinoi (alaistensa) vastuuhoitajien tekemien asioiden kokonaisuutta.</i>	Vastuuhoitajien tehtävät vastuuhoitajilla ja lähiesimies koordinoi	Esimiehen valvonta ja ohjaus	
<i>Seuranta esimiehen (?) taholta puuttuu. Jos jään pois, asiat jäävät oman onnensa nojaan.</i>	Esimiehen seuranta vastuuhoitajien tehtävistä		
<i>Vastuuhoitajuudesta on väärä käsitys: se nähdään yhtenä työtehtävänä ja kaikilla on oltava vastuualue, olipa kokemus mikä hyvänsä ja kyky hoitaa omaa vastuualueita mikä tahansa.</i>	Vastuuhoitajuus ja vastuutehtävät jaettava yksilöllisesti	Yksilöllinen työnjako	
<i>Muutenkin on paljon "törmäysäauto"-menttaliteettia eli selvitetään asia sitten kun se tulee ongelmana vastaan.</i>	Asiat selvitetään vasta kun on ongelma	Ennakointi	

Taulukko 7. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja työn ohjeistus yläkategoriaan.

## 5.5. Kehittämiskohteena koulutus

Koulutus vastuuhoitajuuden kehittämisen kohteena nousi esiin kolmasosassa vastauksista. Koulutus kehittämisalueena jakautui perehdytykseen ja ulkopuoliseen koulutukseen. Taulukossa 8 on esitetty vastausten alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja koulutus yläkategoriaan. Vastauksissa tuotiin esiin koulutusten positiivinen vaikutus erikoisalaa kohtaan. Vastauksissa toivottiin vastuuhoitajien koulutuksen lisäksi aikaa kouluttautua, ja että myös muut kuin vastuuhoitajat pääsevät erikoisalakoulutuksiin.

*”Kunkin erikoisalan koulutuksiin voisi päästä muutkin kuin vastuuhoitajat, silloin tiedon määrä lisääntyisi ja toiminta kehittyisi, tutustuvathan vastuuhoitajat jo pelkästä mielenkiinnosta alueensa tutkimustuloksiin.”*

*”Henkilö joka ei ole kiinnostunut esim. gynekologiasta voisi saada ”herätyksen” aiheeseen koulutuspäivillä.”*

Perehdytyksen koettiin olevan sattumanvaraista. Vastaajat kokivat, ettei heillä ole aikaa perehtyä vastuualueella tapahtuviin muutoksiin. Heidän mielestään vastuuhoitajia ei hyödynnetä työntekijöiden perehdytyksessä. Vastaajat toivat esiin, ettei uuden vastuuhoitajan perehtymistä vastuualueeseen suunnitella järjestelmällisesti.

*”Ei ole aikaa perehtyä uutuuksiin, yksi keskellä päivää oleva non-stop-koulutus ei tee vielä asiantuntijaksi.”*

*”Perehdyttämistilanteessa ei hyödynnetä sitä että tietyn erikoisalan vastuuhoitaja ns sen alueen osaaja olisi perehdyttäjänä..”*

*”Kokeneempana vastuuhoitajana koen, että uuden vastuuhoitajan perehdyttäminen on enimmäkseen sattumanvaraista - varsinkin erikoisalalla, jolla leikkauspäiviä on vähemmän.”*

Oma motivaatio ja itseohjautuvuus nostettiin vastauksissa myös vastuuhoitajatoiminnan kehittämisen kohteeksi.

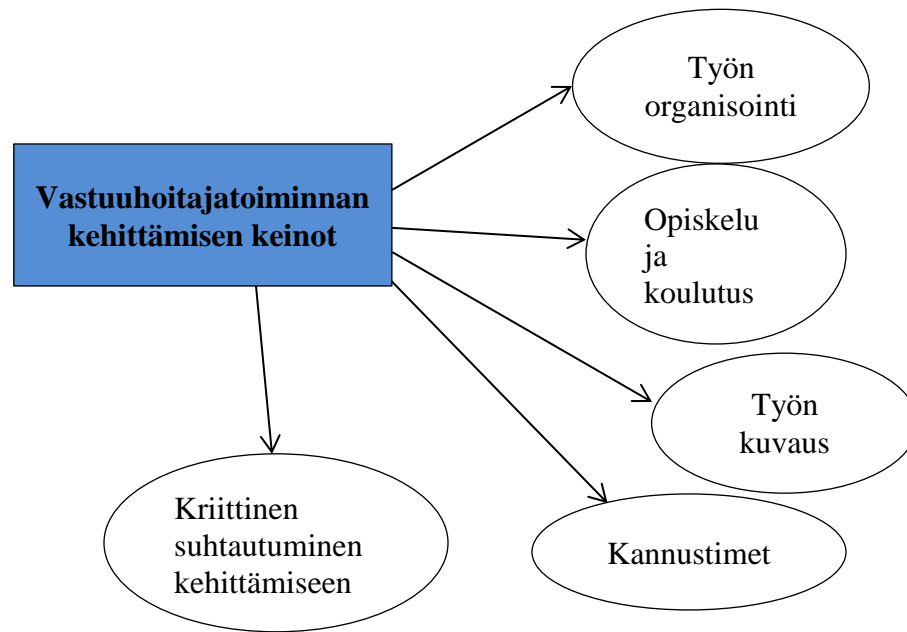
*”Juuri se että ei juututa ruikuttamaan tai lillukanvarsiin vaan viedään itseä ja omaa vastuualuetta uusiin sfääreihin. Toimintatavat saa valita vapaasti. Niitä ei esimiestenkään tule määritellä liian tiukasti, muuten kuin että toimitaan säädösten mukaisesti. Taivas (luovuus) on kattona tässäkin niin kuin monessa muussa asiassa.”*

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Kokeneempänä vastuuhoitajana koen, että uuden vastuuhoitajan perehdyttäminen on enimmäkseen sattumanvaraista - varsinkin erikoisalalla, jolla leikkauspäiviä on vähemmän.</i>	Perehdytys on sattumanvaraista	Perehdytys	
<i>Perehdyttämistilanteessa ei hyödynnetä sitä että tietyn erikoisalan vastuuhoitaja ns sen alueen osaaja olisi perehdyttäjänä..</i>	Perehdytyksessä ei hyödynnetä erikoisalan vastuuhoitajia		
<i>Ei ole aikaa perehtyä uutuuksiin, yksi kesellä päivää oleva non-stop-koulutus ei tee vielä asiantuntijaksi.</i>	Aikaa perehtyä uutuuksiin	Ulkopuolinen koulutus	Koulutus
<i>Kunkin erikoisalan koulutuksiin voisi päästä muutkin kuin vastuuhoitajat, silloin tiedon määrä lisääntyisi ja toiminta kehittyisi, tutustuvathan vastuuhoitajat jo pelkästä mielenkiinnosta alueensa tutkimustuloksiin.</i>	Erikoisalan koulutuksiin pääsy myös muille kuin vastuuhoitajille		
<i>Henkilö joka ei ole kiinnostunut esim. gynekologiasta voisi saada "herätyksen" aiheeseen koulutuspäivillä.</i>	Koulutuksen positiivinen vaikutus erikoisalaa kohtaan.		
<i>Vastuuhoitajien kouluttaminen</i>	Vastuuhoitajien kouluttaminen		
<i>Koulutus. Oma kokemus vielä puutteellista.</i>	Koulutus ja oma kokemuksen puutteellisuus		
<i>eikä (aikaa) kouluttautua.</i>	Aikaa kouluttautua		

Taulukko 8. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja koulutus yläkategoriaan.

## 5.6. Keinot vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen

Kysymykseen, miten vastuuhoitajatoimintaa vastaajan mielestä tulisi kehittää, vastasi 27 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Kehittämisen keinot vastuuhoitajatoiminnassa hoitohenkilökunnan kuvaamana jakautuivat työn organisointiin, opiskeluun ja koulutukseen, työn kuvaukseen, kannustimiin ja kriittiseen suhtautumiseen. Kuviossa 6 on esitetty hoitohenkilökunnan esittämät keinot vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen.



Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan kuvaamat keinot vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen

#### 5.6.1. Työn organisointi kehittämisen keinona

Työn organisointi jakautui seuraaviin alakategorioihin: vastuuhoitajien aikaresurssit, vastuuhoitajien yhteistyö, ammattitaito/asiantuntijuus ja moniammatillinen yhteistyö. Taulukossa 9 esitetään alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja yläkategoriaan työn organisointi.

## Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Osaamisen huomiointi myös salijaossa.</i>	Osaamisen huomiointi salijaossa	Ammattitaito ja asiantuntijuus	Työn organisointi
<i>Salijaossa näkyisi myös se että isoissa leikkauksissa mukana olisi useammin sen alueen vastuuhoitaja, jotta itsekkin pysyisi kärryllä.</i>	Vastuuhoitaja mukaan isoihin oman alueen leikkauksiin , jotta osaaminen säilyy.		
<i>Annetaan aikaa olla ja toimia muita toimenpiteitä enemmän omalla vastuualueella niin tuntuma pysyy hyvänä.</i>	Käytännön työn ja toiston kautta saadaa kokemusta vastuualueen työtehtävistä.		
<i>Syventämällä vastuuhoitajien asiantuntijuutta,</i>	asiantuntijuuden syventäminen		
<i>tasapuolistamalla leikkauksiin pääsyä, kierrättämällä niitä hoitajia, jotka ovat tietyissä leikkauksissa</i>	Tasapuolisuus ja mahdollisuus vastuuhoitajalle kiertää oman vastuualueen leikkauksissa.		
<i>joskus voisi olla myös yhtä aikaa kaksi vastuuhoitajaa leikkaustiimissä, niin vastuualueet tehtäviä voisi tehdä myös potilastyön lomassa.</i>	Vastuuhoitajien yhteistyö oman erikoisalan leikkauksissa.	Vastuuhoitajien yhteistyö	
<i>olemalla aktiivisesti mukana vastuualueiden leikkauksissa.</i>	Vastuuhoitajan oma aktiivisuus		
<i>vastuuhoitajapalaverit yhteisiä vastuu-alue palaveriteita.</i>	vastuuhoitajien omat yhteistyöpalaverit		Työn organisointi
<i>Tiiviimpää yhteistyötä hoitajien välillä ja ane- puolen yhteistyö</i>	Anestesia- ja instrumenttipuolen vastuuhoitajien yhteistyö		
<i>(=yhteiset palaverit).</i>	Yhteiset palaverit		
<i>Yhteistyöpalaverit yhteistyölääkäreiden kanssa.</i>	Yhteistyö lääkäreiden kanssa	Moniammatillinen yhteistyö	
<i>Tiiviimpää yhteistyötä kirurgien ja hoitajien välillä</i>	Yhteistyö kirurgien ja vastuuhoitajien välillä		
<i>Aikaa pitää järjestää joustavasti kokonaisuuden sallimissa rajoissa ja aikaa edustajatapaamisiin sun muiden asioiden hoitamiseen järjesty kun sitä vaatii</i>	Ajan järjestäminen kokonaisuuden sallimissa rajoissa.	Työyhteisön kokonaisuuden hahmotus	
<i>Ohjaamalla resursseja lisää</i>	Lisää resursseja		
<i>Tarjoamalla enemmän aikaa perehtyä vastuu alueen asioihin.</i>	Aikaa perehtyä	Vastuuhoitajien aikaresussit	
<i>Antamalla säännöllisesti U-päiviä, että pystyisi hoitamaan vastuualueasioita.</i>	U-päivät eli työtehtävä ei salityössä vaan aika varattu vastuuhoitajatoiminnan tehtäviin.		
<i>Enemmän pitäisi olla ns. U-päiviä hoitaa varastoja ja ohjeiden tekemiseen.</i>			
<i>Työvuorosuunnittelu, u-vuorojen mahdollisuus etenkin silloin kun niitä tarvitaan. Vastuualueen töiden määrä kun kulkee toisinaan sykleittäin.</i>			
<i>Vastuualueen hoitoon pitää allokoida aikaa.</i>	Suunnitelmallinen ajan antaminen vastuuhoitajatoimintaan.		
<i>Ajan antaminen.</i>			
<i>Järjestämällä aikaa tehdä niitä tehtäviä,</i>			
<i>Antamalla aikaa hoitaa vastuualue asioita</i>			
<i>aika</i>			
<i>Annettaisiin vaikka kerran kuussa aikaa asioiden päivittämiseen ja ohjekorttien tekemiseen yms yms.</i>			
<i>Aikaa kehittää ja päivittää aluetta yhdessä muiden vastuuhoitajien kanssa</i>	Vastuuhoitajien yhteinen aika kehittää ja päivittää vastuualueen asioita		
<i>Enemmän pitäisi antaa hoitajille aikaa vastuualueiden kehittämiseen.</i>	Aikaa kehittämiseen		

Taulukko 9. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja kehittämisen keinona työn organisointi yläkategoriaan.

Suurin osa vastauksista liittyi suunniteltuun työhön käytettävän ajan lisäämiseen. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä työajan saamista myös vastuualueen kehittämiseen. Salityön ulkopuoliset työvuorot eli ns. U-päivät vastuualueiden tehtävien hoitamista varten. Vastaajat pitivät tärkeänä, että vastuuhoitajatehtäviä varten varattu aika ei kulu salityössä.

*”Aikaa kehittää ja päivittää aluetta yhdessä muiden vastuuhoitajien kanssa.”*

*”Annettaisiin vaikka kerran kuussa aikaa asioiden päivittämiseen ja ohjekorttien tekemiseen yms. yms.”*

*”Vastuualueen hoitoon pitää allokoida aikaa.”*

*”Työvuorosuunnittelu, u-vuorojen mahdollisuus etenkin silloin kun niitä tarvitaan. Vastuualueen töiden määrä kun kulkee toisinaan sykleittäin.”*

Hoitohenkilökunta piti toiseksi tärkeimpänä työn organisoinnin keinona lisätä vastuuhoitajien keskinäistä yhteistyötä salityöskentelyn ja palaverien muodossa. Moniammatillinen yhteistyö ja erityisesti yhteistyön lisääminen kirurgien kanssa nähtiin tärkeänä.

*”Tiiviimpää yhteistyötä hoitajien välillä.”*

*”Tiiviimpää yhteistyötä kirurgien ja hoitajien välillä.”*

*”Ane- puolen yhteistyö”*

*”Joskus voisi olla myös yhtä aikaa kaksi vastuuhoitajaa leikkaustiimissä, niin vastuualuetehtäviä voisi tehdä myös potilastyön lomassa.”*

Kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta toi vastauksissaan esiin ammattitaidon ja asiantuntijuuden ylläpidon tärkeyden. Vastaajien mielestä työnjaossa on huomioitava osaaminen ja vastuuhoitajien on päästävä oman erikoisalan leikkauksiin, jotta osaaminen säilyy. Vastaajat toivoivat tasapuolisuutta mahdollisuudessa osallistua oman erikoisalan suuriin leikkauksiin, joita on harvemmin.

*”Salijaossa näkyisi myös se että isoissa leikkauksissa mukana olisi useammin sen alueen vastuuhoitaja, jotta itekin pysyisi kärryllä.”*

*”Annetaan aikaa olla ja toimia muita toimenpiteitä enemmän omalla vastuualueella niin tuntuma pysyy hyvänä.”*

*”Tasapuolistamalla leikkauksiin pääsyä, kierrättämällä niitä hoitajia, jotka ovat tietyissä leikkauksissa.”*

## 5.6.2. Opiskelu ja koulutus kehittämisen keinoina

Toiseksi tärkeimmäksi keinoksi kehittää vastuuhoitajatoimintaa hoitohenkilökunta nosti opiskelun ja koulutuksen. Taulukossa 10 kuvataan vastausten ryhmittely alakategorioihin ja koulutus kehittämisen keinona yläkategoriaan. Vastaajat pitivät tärkeänä näyttöön perustuvaa työtettä ja hyvien käytäntöjen tuomista työyksikköön. Vastuuhoitajuuden kehittämiseen liitettiin vastauksissa kiinteästi koulutus - sekä ulkoinen että sisäinen koulutus. Vastuuhoitajan perehdytykseen toivottiin suunnitelmallista perehdytysohjelmaa. Vastaajat näkivät myös omaehtoisen opiskelun ja kertausten hyvänä keinona kehittää vastuuhoitajuutta.

*”Tiedon vaihtoa toisten sairaaloiden hoitajien kanssa.”*

*”Koulutukset tuovat lisäsisältöä omaan vastuualueen hoitamiseen kaiken sen hyödyllisen ajankohtaisen faktatiedon lisäksi mitä niistä voi imeä itseensä.”*

*”Myös vastuuhoitajuuteen pitäisi olla jonkinlainen perehdytys-polku.”*

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
tutustuminen muihin sairaaloihin	Selvitetään, miten toisissa vastaavissa yksiköissä toimitaan?	Hyvät käytännöt ja näyttöön perustuva työote	Opiskelu ja koulutus
tiedon vaihtoa toisten sairaaloiden hoitajien kanssa	Tietojen vaihto ja toiminnan arviointi		
koulutukset tuovat lisäsisältöä omaan vastuualueen hoitamiseen kaiken sen hyödyllisen ajankohtaisen faktatiedon lisäksi mitä niistä voi imeä itseensä.	Tutkitun / uuden tiedon hyödyntäminen vastuualue toimintaan ja oman ammatillisuutensa kehittämiseen.	Näyttöön perustuva työote ja reflektointi	
sekä koulutuksiin osallistumisen mahdollistaminen.	mahdollisuus osallistua koulutukseen	Ulkopuolinen koulutus	
koulutus			
koulutukset			
--> koulutukset			
Edustajatapaamiset vastuuhoitajien kanssa, näistä tapaamisista tieto myös aoh:lle, koska heidän pitää tietää mitä on tulossa ja missä mennään.	Yhteistyö ulkopuolisten toimijoiden kanssa ja tiedotus.		
Kouluttautumalla	itse kouluttautumalla	omaehtoinen kouluttautuminen	
Hankkimalla kirjallista materiaalia sekä dvd materiaalia, joita hoitajat voi lainata.	itseopiskelumateriaalin hankinta osastolle	omaehtoinen opiskelu ja kertaus	
Myös vastuuhoitajuuteen pitäisi olla jonkinlainen perehdytys-polku	Vastuuhoitajille oma perehdytyspolku	Vastuuhoitajien perehdytys	
Kukaan ei muutu erityisosaajaksi vain sillä, että hänet NIMETÄÄN VASTUUHOITAJAKSI.	erityisosaajaksi ei muututa nimeämällä		
Hyödynnetään sitä (vastuuhoitajuutta) perehdyttämisessä.	Vastuuhoitajat perehdyttäjinä	Suunnitelmallinen perehdytys	
vastuuhoitajat hoitaisivat uusien ihmisten perehdytyksen ko. vastuualueille	Vastuuhoitajat perehdyttäjinä omalla vastuualueellaan		

Taulukko 10. Alkuperäisilmaisujen ryhmittely alakategorioihin ja koulutus kehittämisen keinona yläkategoriaan

## 5.6.3. Vastuuhoitajan työn kuvaus kehittämisen keinona

Vastuuhoitajan työn kuvaus jakautui alakategorioihin määritellyt ja kirjalliset tehtävän kuvat ja työn jako. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä, että vastuuhoitajilla tulee olla kirjatut selkeästi määritellyt työn kuvaukset.



Työnjaossa vastaajat toivoivat enemmän vastuuta hoitohenkilökunnan tasolle ja selkeyttä työn koordinointiin.

*”Pitäisi kirjata vastuualueiden tekemiset (työnkuvaus) ja visioida niihin myös ne tehtävät mitä vielä ei ole työnkuvassa.”*

*”Selkeät prosessit siitä mitä vastuuhoitajuuteen kuuluu.”*

*”Vastuuhoitajien tehtäväkuvan määrittely tulisi tehdä jokaiselle erikoisalalle.”*

*”Enemmän vastuuasioita hoitajatasolle.”*

*”Koordinaatio puuttuu.”*

#### 5.6.4. Kannustimet vastuuhoitajatoiminnan kehittämisen keinona

Muutama vastaajista toi esiin rahallisen palkkion keinoksi kehittää vastuuhoitajatoimintaa. Vastaajat toivat esiin aineettomia tapoja kannustaa vastuuhoitajatoimintaan. Aineettomia kannustimia vastaajien mukaan olivat positiivinen palaute, kollegiaalisuus ja koulutukset.

*”Kannustimia tarvitaan, jotta motivaatio ja mielenkiinto säilyvät. Sellaisina voisivat toimia esim. koulutuksiin pääsy ohi koulutuskiintiön.”*

*”Ja arvostuksen antaminen.”*

*”Kannustaminen”*

*”Rahallinen korvaus vastuualueen pyörittämisestä on mielestäni aika huono motivaattori, mutta ehkä jokin pienimuotoinen lisä-/kertakorvaus voisi olla paikallaan toisinaan. Etenkin silloin kun normityön päälle tehty hiljainen ja näkymätön taustatyö hyödyntää koko organisaatiota.”*

#### 5.6.5. Kriittinen suhtautuminen vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen

Pieni osa vastaajista toi esiin kriittisen näkökulman, että onko vastuuhoitajatoimintaa mahdollista kohdeosastolla kehittää?

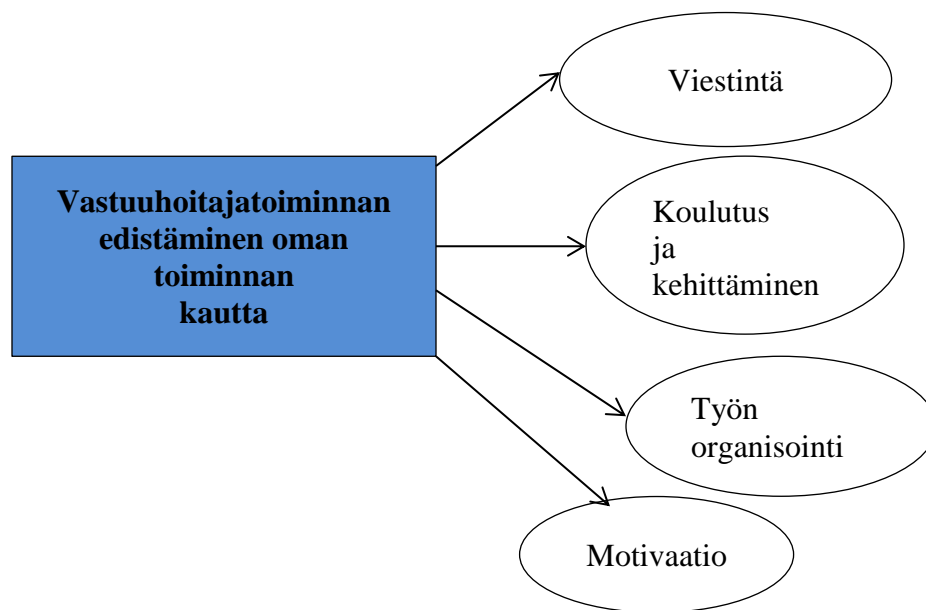
*”Vastuuhoitajuus ei käytännössä kannata. Jos et saa edes ääntäsi kuulumaan ja kannustimena toimii vain se, että p:tä sataa niskaan ei se oikein ketään motivoi.”*

*”Täällä on tosin jämähdetty noille vuosikymmenille. Yleisesti tunnutaan ajattelevan, ettei normi ravisairaanhoitaja voi mistään mitään tietää tai*

*senkun huutakoon aikansa, kyllä ääntä maailmaan mahtuu. Voiko norsu muuttua? Sen aika näyttää.”*

### 5.7. Vastuuhoitajatoiminnan edistäminen oman toiminnan kautta

Kysymykseen, miten vastaaja voi omalla toiminnallaan edistää vastuuhoitajatoimintaa, vastasi 23 henkilöä. Hoitohenkilökunnan vastaukset jakautuivat neljään yläkategoriaan: viestintä, koulutus ja kehittäminen, työn organisointi ja motivaatio.



Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan kuvaus, miten omalla toiminnallaan voi edistää vastuuhoitajatoimintaa

**Viestinnässä** vastaajat pitivät tärkeänä sujuvaa kommunikaatiota, oma-aloitteista tiedon jakoa kaikkiin suuntiin organisaatiossa ja yli ammattirajojen tapahtuvaa tiedotusta. Vastaajat haluavat olla kehittämässä tiedon kulkua. Vastauksissa korostui hoitohenkilökunnan oma-aloitteisuus ja aktiivisuus.

*”Yritän parantaa omilla vastuualueillani vastuuhoitajien keskinäistä kommunikaatiota ja tiedonkulkua.”*

*”Pitää vuorovaikutusta yllä kirurgeihin ja kollegoihin.”*

*”Aktiivisesti esittää esimiestasolle vastuualueiden hoitamisen tärkeyttä.”*

*”Kysymällä epäselvistä asioista vastuuhoitajilta ja tiedottamalla heille heidän vastuualueellaan olevista tärkeistä tapahtumista/asioista.”*

*”Miettimällä tiedonkulun ja -välityksen kehittämisen keinoja käytäntöön.”*

Vastauksissaan hoitohenkilökunta toi esiin positiivisen palautteen, vastuualueen imagotyön ja positiivisen työotteen merkityksen viestinnässä. Esimerkillinen ja innostunut toiminta saa vastaajien mukaan toisetkin innostumaan.

*”Kannustavan palautteen antaminen.”*

*”Oman alueen houkuttelevuus ”pr-työ”.”*

*”Herättämällä mielenkiintoa alueeseen.”*

*”Olla innostunut ja esimerkillinen hoitaessani vastuualuetta.”*

**Koulutus ja kehittäminen** nähtiin vastaajien keskuudessa tärkeänä osana omassa henkilökohtaisessa toiminnassa, kun halutaan kehittää vastuuhoidajatoimintaa. Ammattitaidon ja –tiedon ylläpito tapahtuu vastaajien mukaan osallistumalla koulutuksiin. Vastuuhoitajuuden kehittäminen vaatii vastaajien mielestä vastuuhoidajuuden merkityksen ymmärtämistä ja oma-aloitteista kiinnostusta kehittää työtään vastuuhoidajana.

*”Ottamalla omatoimisesti selvää mahdollisista hyödyllisistä koulutuksista.”*

*”Osallistumalla koulutuksiin.”*

*”Pohtimalla mitä vastuuhoidajuus tarkoittaa käytännössä ja miten se saadaan hyödyttämään toimintaa paremmin.”*

*”Olemalla kiinnostunut vastuualueeni asioiden eteenpäin viemisestä sekä olemalla ajanhermolla asioista.”*

Omaehtoinen perehtyminen oli vastaajista tärkeä osa vastuuhoidajatoiminnan kehittämistä. Omaehtoista perehtyminen sisälsi vastaajien mukaan tutustumista kirjallisuuteen, uusiin tekniikoihin ja käytössä oleviin välineisiin. Vastaajat toivat esiin rajallisen työajan perehtymisessä.

*”Perehtyä omatoimisesti tavaroiden sijainteihin ja käyttötarkoituksiin.”*

*”Teoriassa voisin omalla ajalla perehtyä vastuualueen asioihin, mutta käytännössä en ole siihen halukas.”*

*”Ottamalla uusista asioista selvää.”*

Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva työote ovat vastaajien mukaan vastuuhoidajatoimintaa kehittäviä. Vastaajat painottivat myös hyvän ja tehokkaan perehdytyksen merkitystä kehitettäessä vastuuhoidajatoimintaa.

*"Me keskitymme kukin omaan perustehtäväämme ja lisäämme siinä asiantuntijuuttamme ja myös toisten tietämystä."*

*"Tutustumalla uusiin julkaisuihin ja kirjallisuuteen aiheesta."*

*"Antaa hyvää perehdytystä omalta alueelta muille,"*

*"Käytän perehdyttämiseen mahdollisimman tehokkaasti ne tilanteet, joissa olen omalla vastuualueella uuden "vastuuhoitajakokelaan" kanssa - vaikka tilanteita olisikin harvoin ja satunnaisesti."*

Vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen vastaajien mielestä kuuluu myös yhteistyö organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa.

*"Kutsumalla vastuuhoitajat edustajatapaamisiin, mahdollistaa näin edustajien ja vastuuhoitajien tutustuminen."*

Vastuuhoitajatoiminnan kehittämisessä vastaajat korostavat **työn organisointia**, jossa he pitävät tärkeänä työntekijän omaa aktiivista ja vastuullista tehtävien hoitamista.

*"Pyrin huolehtimaan vastuutehtävistä silloinkin, kun en ole kyseisen erikoisalan salissa."*

*"Toisaalta pitäisi varmaan aktiivisemmin vaatia esimieheltä aikaa vastuu tehtäviin"*

*"Pitämällä kiinni omista oikeuksista toteuttaa vastuualuetta."*

*"Päivittäisessä työnjaossa vastuuhoitajuuksien huomioiminen."*

Vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen liittyy vastaajien mukaan oma **motivaatio**. Vastuullisuus, työhön sitoutuminen ja aktiivisuus vastuuhoitajana ovat vastaajista tärkeitä osa-alueita omassa toiminnassa, kun vastuuhoitajatoimintaa kehitetään.

*"Vain minä voin edistää sitä toimintaa, mikä liittyy minun vastuualueeseeni. Ei kukaan toinen."*

*"Tartun siis toimeen ja teen."*

*"Vastuualueen hoito on työtäni."*

*"On helpompi mahdollistaa sellaisen vastuu hoitajan toimintaa, joka on sitoutunut työhön ja vastaa mielellään isommista kokonaisuuksista."*

## 5.8. Tulosten yhteenveto

Henkilöstön näkemys tämän hetken vastuuhoitajatoiminnan vahvuuksista muodostui itseohjautuvuudesta, motivaatiosta, vastuunjaosta, työn ohjeistuksesta, viestinnästä, moniammatillisesta yhteistyöstä ja työn organisointi. Merkittävimmäksi vastuuhoitajatoiminnan vahvuudeksi hoitohenkilökunta koki itseohjautuvuuden vastuuhoitajan työssä. Motivaatio vastuuhoitajan työtä kohtaan nousi toiseksi merkittävimmäksi vastuuhoitajuuden vahvuusalueeksi. Vastuun jakoa useammalle työntekijälle pidettiin tärkeänä. Työn ohjeistus vastuuhoitajatoiminnassa nousi vastauksissa myös vahvuusalueeksi. Viestintää hyvin toimivana piti pieni osa vastaajista, ja muutama kyselyyn vastanneista mainitsi moniammatillisen yhteistyön hyvin toimivaksi asiaksi vastuuhoitajatoiminnassa.

Hoitohenkilökunnan näkemys vastuuhoitajatoiminnan kehittämisalueista jakautui neljään pääkategoriaan: työaikataulutus, työn ohjeistus, koulutus ja motivaatio. Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi hoitohenkilökunta nosti ylivoimaisesti työaikataulutuksen. Vastaajien mielestä vastuuhoitajan tehtävien hoitamiseen kohdennettu työaikaresurssi on riittämätön. Vastaajat kokivat, että henkilökunnan jako salityöhön suunniteltuihin eli elektiivisiin leikkauksiin vaatii kehittämistä. Vastaajat toivoivat säännöllistä pääsyä oman vastuualueen leikkauksiin sekä tasapuolista töiden jakoa vastuuhoitajien kesken. Vastaajat pitivät tärkeänä organisoituja ja aikataulutettuja vastuualueen palavereja, joissa on mahdollista sopia vastuuhoitajien kesken tehtävien jaosta ja suunnitelmista. Moniammatillinen yhteistyö, ja etenkin yhteistyö vastuualueen erikoislääkärien kanssa, nousi vastuuhoitajatoiminnan kehittämiskohteeksi. Vastaajat kokivat, että joillakin erikoisaloilla yhteistyöpalaverien käytäntö jo toimii, mutta ei kaikilla. Vastaajien mielestä vastuuhoitajatoiminnan kehittämiskohteena työn jakoon tulee kiinnittää huomiota. Suuret vastuualuekokonaisuudet, useat vastuualueet ja ajan puute vaikeuttavat työn hoitamista. Viestinnässä kehittämisen kohteeksi vastaajien mukaan nousi vastuuhoitajien tiedon välittäminen työyhteisölle ja esimiehille. Vastuuhoitajan aktiivinen rooli tiedonvälityksessä, kun vastuutehtävien hoitaminen vaatii työaikajärjestelyjä.

Työn ohjeistus nousi vastuuhoitajatoiminnan kehittämisen kohteeksi. Kolmasosa vastaajista toi vastauksissaan esiin tarpeen kehittää ja selvittää vastuuhoitajuuden työnkuvaa eli mitä tehtäviä vastuuhoitajuuteen kuuluu, miten työt on jaettu vastuuhoitajien kesken ja miten työnjako toimii esimiesten, osastosihteerin ja vastuuhoitajien kesken. Hoitohenkilöstön mielestä esimiesten olisi enemmän seurattava ja koordinoitava vastuuhoitajuutta kokonaisuutena. Vastaajat toivat esiin tarpeen kehittää vastuuhoitajatoimintaa yksilöllisen työnjaon kautta. Vastuuhoitajuus ja vastuutehtävät tulisi jakaa yksilöllisesti huomioon ottaen työntekijän persoonallisuus, työkokemus ja perehtyneisyys. Kehittämisen kohteiksi vastauksista nousi ennakkointi ja suunnitelmallisuus.

Koulutus vastuuhoitajuuden kehittämisen kohteena nousi esiin kolmasosassa vastauksista. Vastauksissa tuotiin esiin koulutusten positiivinen vaikutus erikoisalaa kohtaan. Vastauksissa toivottiin vastuuhoitajien koulutuksen lisäksi aikaa kouluttautua, ja että myös muut kuin vastuuhoitajat pääsevät erikoisalakoulutuksiin. Perehdytyksen koettiin olevan sattumanvaraista. Vastaajat kokivat, ettei heillä ole aikaa perehtyä vastuualueella tapahtuviin muutoksiin. Heidän mielestään vastuuhoitajia ei hyödynnetä työntekijöiden perehdytyksessä. Vastaajat toivat esiin, ettei uuden vastuuhoitajan perehtymistä vastuualueeseen suunnitella järjestelmällisesti. Oman motivaatio ja itseohjautuvuus nostettiin vastauksissa myös vastuuhoitajatoiminnan kehittämisen kohteeksi.

Kehittämisen keinot vastuuhoitajatoiminnassa hoitohenkilökunnan kuvaamana jakautuivat työn organisointiin, opiskeluun ja koulutukseen, työn kuvaukseen, kannustimiin ja kriittiseen suhtautumiseen. Suurin osa vastauksista liittyi suunniteltuun työhön käytettävän ajan lisäämiseen. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä työajan saamista myös vastuualueen kehittämiseen. Salityön ulkopuoliset työvuorot eli ns. U-päivät vastuualueiden tehtävien hoitamista varten. Vastaajat pitivät tärkeänä, että vastuuhoitajatehtäviä varten varattu aika ei kulu salityössä. Hoitohenkilökunta piti toiseksi tärkeimpänä työn organisoinnin keinona lisätä vastuuhoitajien keskinäistä yhteistyötä salityöskentelyn ja palaverien muodossa. Moniammatillinen yhteistyö ja erityisesti yhteistyön lisääminen kirurgien kanssa nähtiin tärkeänä. Kyselyyn vastannut hoitohenkilökunta toi vastauksissaan esiin ammattitaidon ja asiantuntijuuden ylläpidon tärkeyden. Vastaajien mielestä työnjaossa on huomioitava osaaminen ja vastuuhoitajien on päästävä oman erikoisalan leikkauksiin, jotta osaaminen säilyy. Vastaajat toivoivat tasapuolisuutta mahdollisuudessa osallistua oman erikoisalan suuriin leikkauksiin, joita on harvemmin.

Toiseksi tärkeimmäksi keinoksi kehittää vastuuhoitajatoimintaa hoitohenkilökunta nosti opiskelun ja koulutuksen. Vastaajat pitivät tärkeänä näyttöön perustuvaa työtettä ja hyvien käytäntöjen tuomista työyksikköön. Vastuuhoitajan perehdytykseen toivottiin suunnitelmallista perehdytysohjelmaa. Vastaajat näkivät myös omaehtoisen opiskelun ja kertausten hyvänä keinona kehittää vastuuhoitajuutta.

Hoitohenkilökunta piti tärkeänä, että vastuuhoitajilla tulee olla kirjatut selkeästi määritellyt työn kuvaukset. Työnjaossa vastaajat toivoivat enemmän vastuuta hoitohenkilökunnan tasolle ja selkeyttä työn koordinointiin. Muutama vastaajista toi esiin rahallisen palkkion keinoksi kehittää vastuuhoitajatoimintaa. Vastaajat toivat esiin aineettomia tapoja kannustaa vastuuhoitajatoimintaan. Aineettomia kannustimia vastaajien mukaan olivat positiivinen palaute, kollegiaalisuus ja koulutukset.

Vastuuhoitajatoiminnan edistäminen oman toiminnan kautta -vastauksissa tärkeimmäksi nousi viestintä ja sen kehittäminen. Viestinnässä vastaajat pitivät tärkeänä sujuvaa kommunikaatiota, oma-aloitteista tiedon jakoa

kaikkiin suuntiin organisaatiossa ja yli ammattirajojen tapahtuvaa tiedotusta. Vastaajat haluavat olla kehittämässä tiedon kulkua. Vastauksissa korostui hoitohenkilökunnan oma-aloitteisuus ja aktiivisuus. Vastauksissaan hoitohenkilökunta toi esiin positiivisen palautteen, vastuualueen imagotyön ja positiivisen työotteen merkityksen viestinnässä. Esimerkillinen ja innostunut toiminta saa vastaajien mukaan toisetkin innostumaan.

Koulutus ja kehittäminen nähtiin vastaajien keskuudessa tärkeänä osana omassa henkilökohtaisessa toiminnassa, kun halutaan kehittää vastuuhoitajatoimintaa. Ammattitaidon ja –tiedon ylläpito tapahtuu vastaajien mukaan osallistumalla koulutuksiin. Vastuuhoitajuuden kehittäminen vaatii vastaajien mielestä vastuuhoitajuuden merkityksen ymmärtämistä ja oma-aloitteista kiinnostusta kehittää työtään vastuuhoitajana. Omaehtoinen perehtyminen oli vastaajista tärkeä osa vastuuhoitajatoiminnan kehittämistä. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva työote ovat vastaajien mukaan vastuuhoitajatoimintaa kehittäviä. Vastaajat painottivat myös hyvän ja tehokkaan perehdytyksen merkitystä kehitettäessä vastuuhoitajatoimintaa. Vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen vastaajien mielestä kuuluu myös yhteistyö organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa.

Vastuuhoitajatoiminnan kehittämisessä vastaajat korostavat työn organisointia, jossa he pitävät tärkeänä työntekijän omaa aktiivista ja vastuullista tehtävien hoitamista. Vastuuhoitajatoiminnan kehittämiseen liittyy vastaajien mukaan oma motivaatio. Vastuullisuus, työhön sitoutuminen ja aktiivisuus vastuuhoitajana ovat vastaajista tärkeitä osa-alueita omassa toiminnassa, kun vastuuhoitajatoimintaa kehitetään.

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1. Tutkimuksen eettinen tarkastelu

Tutkimuksessa noudatetaan hyvää, tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2010, 24; Tuomi ym. 2009, 132.) Tutkimuksen tekijällä on vastuu hyvän, tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Tuomi ym. 2009, 133.) Tutkimusaiheen tarpeellisuus tulee perustellusti esiin valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan eettisistä periaatteista. Vastuuhoitajatoiminnan tutkiminen edistää hyvää ammattitaitoa ja työyhteisön hyvinvointia, kun kehittämistarpeita selvitetään avoimen rehellisesti ja lisätään työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksia. Yhteistyötä ja keskinäistä arvostusta edistämällä tutkimus vahvistaa potilaan oikeutta hyvään hoitoon. (ETENE 2001).

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista kohdeosaston hoitohenkilökunnalle. Tutkimukseen osallistuvat saivat tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta tutkijan esitellessä työtään henkilökohtaisesti 13.4.2012 osastokokouksessa. Kohdeosaston hoitohenkilöstölle lähetettiin myös sähköpostilla tiedote tutkimuksesta, jotta myös ne työntekijät, jotka eivät olleet työvuorossa 13.4.2012 saivat tiedon tutkimuksesta. Webropol –kyselyn saatteena oli kirje (Liite 4), jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisesta ja itse tutkimuksesta. Jokaisessa tutkimusta koskevassa tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite, tutkimusmenetelmästä ja tulosten hyödynnettävyydestä sekä korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta, nimettömyyttä ja luottamuksellisuutta. Tutkimuksen tekijä oli yksi työyhteisön jäsenistä, joten tutkittavat saivat halutessaan helposti lisätietoja tutkimuksesta. Tutkittavilta ei pyydetty kirjallista suostumusta, vaan tietoiseksi suostumukseksi tulkittiin Webropol –kyselyn (liite 4) vastaaminen ja sen palauttaminen.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli hoitohenkilökunta. Tutkimuksessa ei ollut potilaista mukana, ei eettisen toimikunnan lupaa tarvinnut hakea. Tutkimuslupa (liite 2) haettiin operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Tutkimuslupahakemukset laadittiin annettujen ohjeiden mukaisesti.

Tämän tutkimuksen aikana tutkimuksen tekijä oli kohdeosaston työntekijänä vuoden 2012 marraskuuhun asti. Tutkimuksen tekijä oli opintovapaalla syys- ja lokakuussa 2012, kun vastuuhoitajatoiminnan nykytilaa selvittävä kysely suoritettiin. Kaikki kyselyyn vastanneet kuitenkin tunsivat kyselyn ja tutkimuksen suorittajan.

Vastaukset käsiteltiin nimettöminä eikä yksittäistä vastaajaa olisi voitu tunnistaa vastauksista. Tutkimuksen raportissa käytettyjen alkuperäisilmausten suorissa lainauksissa ei viitata taustatietoihin, koska tutkimusjoukko oli pieni ja käsitteli vain yhtä työyksikköä. Avointen kysymysten vastaukset litteroitiin sanatarkasti. Tutkimusraportissa käytetyt



suorat lainaukset muokattiin niin, että vastaajan tunnistamisen mahdollistavat ilmaisut jätettiin kokonaan pois tai ne korvattiin jollakin neutraalilla sanalla muuttamatta kuitenkaan ilmaistun asian sisältöä.

## 6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimusaineiston analyysin luotettavuus on sidoksissa tutkijan kykyyn käsitteelliseen ajatteluun ja siihen, kuinka hän tuntee ja ymmärtää tutkittavan ilmiön sisältä päin. (Janhonen & Nikkonen 2003, 37) Tämän tutkimuksen tutkija tunsi ja ymmärsi vastuuhoitajatoimintaa, koska hänellä oli laaja ja pitkäaikainen kokemus perioperatiivisesta hoitotyöstä ja hän tunsi aineiston hyvin, koska oli työskennellyt ja toiminut vastuuhoitajana kohdeosastolla usean vuoden ajan. Kysely esiteltiin neljällä päiväkirurgian sairaanhoitajalla, joilla on aiempaa kokemusta työskentelystä kohdeosastolla. Esitestauksesta saadun palautteen mukaan kysymyksiä muokattiin, näin pyrittiin varmistamaan kysymysten yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys.

Laadullisen tutkimuksen aineistolähtöisen sisällön analyysin ongelmaksi nousee tutkijan kyky tarkastella analyysiprosessiaan objektiivisesti. Tutkijan analyysi perustuu subjektiiviseen näkemykseen asiasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 19) Tässä tutkimuksessa tutkija suoritti luokittelun yksin. Rinnakkaisluokittelijan, eli toisen tutkijan, käyttö lisäisi tämän tutkimuksen tulosten validiteettia. Näin olisi voitu varmistaa kategorioiden aitouden ja relevanssin. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 155.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät kysymykset nousevat tutkijasta, aineiston laadusta, aineiston analyysistä ja tulosten esittämisestä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa kiinnitetään huomio tutkijan selkeään ja yksityiskohtaiseen tutkimusprosessin raportointiin. Tutkijan on osoitettava luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulosten välillä eli miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavalla tavalla tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.) Tämän tutkimuksen tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia, jotta lukija voi varmistua yhteydestä tutkimusaineiston ja tulosten välillä. Tutkimuksen liitteenä ovat taulukot aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta ala- ja yläkategorioihin.

Tutkijan on pyrittävä kertomaan mahdollisimman tarkasti siitä, mitä aineistonkeräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut. Realistisessa luotettavuusnäkemyksessä, jossa tutkimustekstiä pidetään ikkunana todellisuuteen, käytetään perinteistä validiteetin käsitettä. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti (pätevyys) viittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointuun. Teoreettis-filosofisten lähtökohtien, käsitteellisten määritelmien ja menetelmällisten ratkaisujen on oltava keskenään loogisessa suhteessa. Sisäisellä validiteetilla tuodaan esiin tutkijan tieteellisen otteen ja

tieteenalansa hallinnan voimakkuutta. Grönfors (1982, 174) määrittelee ulkoisen validiteetin tarkoittavan tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Ulkoinen validiteetti liitetään tutkijan käyttäytymiseen. Tutkimushavainto on ulkoisesti validi, kun se kuvaa tutkimuskohteen täsmälleen sellaisena kuin se todellisuudessa on. Reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston tulkinta on reliaabeli, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola & Suoranta 2008, 212 – 213.)

Yleistettävyyys sisältää Alasuutarin mukaan (2011, 235) lähes aina oletuksen, että tutkimuksen tulosten tulisi päteä muuhunkin kuin tutkittuun tapaukseen. Alasuutari tuo kuitenkin esiin, että esimerkiksi historiatiede etsii selityksiä yksittäisille historiallisille tapahtumien ketjuille. Näissä tapauksissa ei ole tarvetta pohtia, ovatko tulokset yleistettävissä. Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvausta käsittelevän tutkimuksen tulokset ovat päteviä vain kohdeosaston tilanteeseen. Tutkimuksesta nousseita kehittämisohdotuksia sen sijaan voi hyödyntää kohdeosaston kaltaisissa työyksiköissä vastuuhoitajatoiminnan arviointiin tai kehittämiseen.

### 6.3. Tutkimuksen keskeisten tulosten tarkastelu

Leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunta nosti tämän hetken vastuuhoitajatoiminnan merkittävimiksi vahvuusalueiksi itseohjautuvuuden ja työntekijän henkilökohtaisen motivaation vastuuhoitajatoimintaa kohtaan. Enontekiön (2009, 41 – 43) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki vastuuhoitajan työn parantavan työmotivaatioita ja yleistä työssä jaksamista. Työhyvinvointia edistäviä tekijöitä ovat työn mielekkyyden ja monipuolistuminen lisääntyminen sekä motivaation nousu. Sinervon ym. (2010, 31) mukaan motivaatiotekijöillä tarkoitetaan vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä ja työn monipuolisuutta. Nämä ovat keskeisiä työn kuormittavuudelta suojaavia tekijöitä. Työn monipuolisuus liittyy keskeisesti työssä viihtymiseen, työhön sitoutumiseen, motivaatioon sekä hyvään työsuoritukseen. Hyvin koulutetuista ja riittävästi resurssoidusta työntekijästä tulee tehokas vasta, kun hän myös tahtoo ja haluaa, eli kun hänen motivaatiostaan pidetään huolta. (Lindroos J-E & Lohivesi, K. 2010, 166 – 167.)

Moniammatillinen yhteistyö nousi muutamissa vastauksissa vastuuhoitajatoiminnan vahvuusalueeksi samoin kun Enontekiön (2009, 42) tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa selvitetäessä Kanta-Hämeen keskussairaalan leikkausosaston vastuuhoitajatoimintaa moniammatillinen yhteistyö nähtiin vastaajien mukaan enemmän kehittämiskohteena kuin vahvuusalueena. Yhteistyö vastuualueen lääkärin kanssa ja aikataulutetut moniammatilliset kokoukset tulivat esiin vastuuhoitajatoiminnan kehittämisaikakauskartoituksessa. Silvennoinen (2007, 52) nostaa perioperatiivisen sairaanhoitajan ammattipätevyyden kehittämiskohteeksi

moniammatillisen yhteistyön. Haasteet moniammatillisessa toiminnassa ja sen kehittämisessä esiintyvät myös Tengvallin (2010,13), Silén-Lipposen (2005, 77 – 81) ja Corbettin (2009, 278 – 281) tutkimuksissa. Miettisen (2005, 260 – 277) mukaan terveydenhuollon toimintaa tulisi kehittää siten, että yhden ihmisen työpanos tukee toista ja yhteistyö on enemmän kuin yksittäiset työsuoritukset. Yhteistyön merkitys korostuu myös sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa (International Council of Nurses 2012; Sairaanhoitajaliitto 2013), joiden mukaan sairaanhoitajan tulee kunnioittaa omaa ja muiden ammattiryhmien ammattitaitoa ja asiantuntijuutta.

Työaikataulutus kehittämisalueena koostui riittämättömästä työaikaresurssista, henkilökunnan salijaosta, vastuuhoitajapalavereista, moniammatillisesta yhteistyöstä ja vastuunjaosta sekä viestinnästä. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia kuin Enontekiön (2009, 43) tutkimuksen tulokset. Enontekiön tutkimuksessa vastuuhoitajatoiminnan heikkouksia olivat ajan puute, vähäinen arvostus ja palautteen puute. Myös yhteistyöongelmat, tiedottamisen vähäisyys ja puutteet työn organisoinnissa olivat heikkouksia vastuuhoitajatoiminnassa.

Tässä tutkimuksessa vastuuhoitajatoiminnan kehittämisalueena riittämätön työaikaresurssi nousi voimakkaasti esiin. Vastuuhoitajatoiminnalle tarvitaan erityisesti kohdennettua aikaa, jotta tehtäviin voi paneutua ja työn kehittäminen onnistuu. Marjamäen (2006, 36 – 38) tutkimustulokset ovat samansuuntaisia, niiden mukaan henkilöstön työhön sitoutumista vähensi erikoistehtävien hoitamiseen resursoidun ajan vähyys. Ajan puute ja vastuuhoitajatyöhön käytettävän ajan lisääminen mainittiin suuressa osassa vastauksissa myös Enontekiön (2009, 47 - 50) tutkimuksessa. Enontekiön tutkimuksen vastaajat toivoivat esimiehiltä aktiivisempaa roolia vastuuhoitajatoiminnan seurannassa. Vastauksista kävi ilmi, etteivät kaikki henkilöstöstä hahmota täysin vastuuhoitajatoiminnan kokonaisuutta. Vastuuhoitajatoimintaan osoitettua salityön ulkopuolista aikaa (U-aikaa) käytetään väärin tai tehottomasti.

Vastuuhoitajatehtäviin annettavan ajan suunnitteluun tuo haasteita sairauspoissaolot, loma-ajat ja päivystystyöt. Vastuuhoitajamäärä eri vastuualueilla tässä tutkimuksessa vaihteli yhdestä viiteen. Vastuualueiden määrä hoitajaa kohden vaihteli yhdestä yli viiteen vastuualueeseen. Nämä ja vastuualueiden hyvin vaihteleva sisältö vaikuttavat varmasti hoitohenkilökunnan kokemaan ajallisen resurssin vähyyteen. Enontekiö (2009, 69) tuo esiin samansuuntaisen päätelmän tutkimuksessaan.

Vastuuhoitajien organisoidut ja aikataulutetut yhteiset palaverit, tiimipalaverit, nähtiin tärkeinä tässä tutkimuksessa. Yhteisissä palaverissa pystytään sopimaan toiminnan linjoita ja tiedotus toimii. Vastuuhoitajapalavereissa olisi mahdollista laatia ja kirjata työnkuva kullekin vastuualueelle ja sopia yhteiset pelisäännöt. Näin vastuuhoitajatoiminta suuntautuisi enemmän kohti tiimityön määritelmää (vrt. Puranen 2005, 20). Sanerman (2009, 101) mukaan tiimityön ajankohtaisuutta on perusteltu

seuraavilla seikoilla: työn tieto- ja taitovaatimusten lisääntymisellä, lisääntyneillä työn laatuvaatimuksilla, organisaatioiden madaltumisella ja suuremmalla yhteydellä asiakkaisiin. Ihmisten välisten vuorovaikutusten tärkeydellä, joka mahdollistuu tiimitoiminnassa, itsehallinnalla sekä joustavuudella, suhteiden toimivuudella muutostilanteissa ja ilmapiirin vaikutuksella stressiin ja viihtyvyyteen. Tiimien avulla voidaan lisätä henkilöstön saamaa sosiaalista tukea, ja lisäksi tiimityö on motivoiva ja oppimista tukeva työskentelytapa.

Sairaanhoitajien yhteistyötä selvittävässä tutkimuksessa (Ylitörmänen, Kvist & Turunen, 2012, 11.) yhteistyöllä nähtiin olevan keskeinen merkitys hoitotyön onnistumisessa ja yhteisöllisyyden toteutumisessa. Sairaanhoitajien välinen yhteistyö ja yhteisöllisyys pohjautuvat luottamukseen ja vastavuoraisuuteen. Lisäämällä päätöksentekovaltaa, autonomiaa ja yhteisiä tavoitteita vahvistetaan yhteistyötä. Mentorointi tukee yhteistyötä ja sitä on korostettava sisäisessä koulutuksessa. Hyvä yhteistyö vaatii sairaanhoitajien kommunikaatio- ja viestintätaitojen ylläpitoa sekä kehittämistä. Työyhteisössä tulee rohkaista avoimeen keskusteluun myös ristiriitatilanteissa. Täydennyskoulutuksella voidaan kehittää ja vahvistaa viestintä- ja kommunikaatiotaitoja. Vastuuhoitajatoiminnan edistämiseksi oman toiminnan kautta vastaajat pitivät myös tärkeänä sujuvaa kommunikaatiota. Kyky antaa palautetta ja vastuualueen imagotyö nähtiin tärkeänä.

Vastuuhoitajatoiminnan kehittämisen kohteena on vastuuhoitajuuden työnkuva, eli mitä tehtäviä vastuuhoitajuuteen kuuluu ja miten työt on jaettu vastuuhoitajien kesken ja miten työnjako toimii esimiesten, osastosihteerin ja vastuuhoitajien kesken. Hoitohenkilöstön mielestä esimiesten olisi enemmän seurattava ja koordinoitava vastuuhoitajuutta kokonaisuutena. Vastaajat toivat esiin tarpeen kehittää vastuuhoitajatoimintaa yksilöllisen työnjaon kautta. Vastuuhoitajuus ja vastuutehtävät tulisi jakaa yksilöllisesti huomioon ottaen työntekijän persoonallisuus, työkokemus ja perehtyneisyys. Kehittämisen kohteeksi vastauksista nousi ennakointi ja suunnitelmallisuus.

Terveystenhuollon tulevaisuuden haasteena on kohdentaa oikein ja mahdollisimman tehokkaasti käytettävissä olevat henkilökuntaresurssit ja muut voimavarat. Väänänen (2007, 40 – 41) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan tehtäväkuvaa tulee selkeyttää, jotta sairaanhoitajan asiantuntemus on tarkoituksenmukaisessa käytössä. Sairaanhoitajalla tulee olla mahdollisuus toteuttaa työssään hoitotyön asiantuntemusta vaativia tehtäviä. Aika näihin tehtäviin saadaan riittävällä tukihenkilöstöllä ja delegoimalla ei-hoitotyön tehtäviä avustavalle henkilökunnalle. Vastuuhoitajatoiminnan työnkuvaa laadittaessa on pohdittava, kuuluvatko kaikki tehtävät vastuuhoitajalle, vai jollekin muulle ammattiryhmälle.

Tässä tutkimuksessa vastuuhoitajuuden kehittämiseen liitettiin kiinteästi koulutus ja suunnitelmallinen perehdytys. Vastaajat näkivät myös omaehtoisen opiskelun ja kertauksen hyvänä keinona kehittää vastuuhoitajuutta. Marjamäen (2006, 66) perioperatiivisen sairaanhoitajan

työhön sitoutumista selvittävässä tutkimuksessa henkilöstön ammatillisuuden tukeminen edisti työhön sitoutumista. Työhön sitoutumista edistivät myös hyvä perehdytys, koulutusmahdollisuudet, osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet. Laineen (2005, 157) hoitajan työpaikkaan ja ammattiin sitoutumista selvittävässä tutkimuksessa vastaajat arvostivat sitä, että työssä on mahdollista hyödyntää osaamista, kehittyä ja oppia uutta sekä saada ammattitaitoa edistävää koulutusta. Laineen mukaan työpaikkatasolla on kehitettävä työnorganisointia ja tarjottava sopivan haasteellisia työtehtäviä sekä turvaamalla säännöllinen, ammattitaitoa ylläpitävä ja kehittävä työelämän koulutus.

Osaamisen johtaminen ja kehittäminen on tunnistettu yhdeksi merkittävimmistä yritysten ja työyksiköiden kilpailutekijöistä. Työelämässä uuden tiedon määrä kasvaa voimakkaasti koko ajan. Tietojen ja taitojen pitäminen ajan tasalla on entistä tärkeämpää. Nykypäivän työelämän ja liiketoiminnan nopeat muutokset muuttavat työyksiköiden osaamisen tarvetta lennossa. Uutta osaamista tarvitaan nopeasti ja osaamistarpeet muuttuvat nopeaan. Haasteena on, että työntekijät voisivat mahdollisimman varhain varautua uusiin osaamisen haasteisiin. (Balk, T., Eskelinen, S., Malinen, J. & Vanhatalo, S. 2006, 134 – 137; Ojala 2011, 7.)

Organisaation on tiedettävä mitä taitoja ja osaamista tarvitaan mission, vision ja strategisten tavoitteiden saavuttamiseksi. On varmistettava, että henkilöstöllä on tarvittava osaaminen, resurssit ja mahdollisuudet saavuttaa kunkin työntekijän kanssa sovitut tavoitteet. Kilpailukyky luodaan sillä, että organisaation henkilöstön määrä ja rakenne ovat sopuisia ja henkilöstö on osaavaa, hyvinvoivaa ja motivoitunutta (vrt. Lindroos J-E & Lohivesi, K. 2010, 167).

Aineellinen ja aineeton palkitseminen nähtiin tässä tutkimuksessa keinona kehittää vastuuhoitajatoimintaa. Marjamäki (2006, 67) toteaa, että alipalkattu työ estää työhön sitoutumista, koska palkan koetaan olevan yhteydessä ensisijaisesti oman työn arvostukseen, työtovereiden sekä yhteiskunnan hoitotyötä kohtaan osoittamaan arvostukseen. Palkitseminen lähtee arvioinnin tekemisestä. Arvioinnin osoittaessa, että tulostavoite on saavutettu tai jopa ylitetty, liittyy siihen nykypäivänä erimuotoista palkitsemista. Palkitseminen voi olla aineellista tai aineetonta. Palkitseminen on yksi johtamisen väline, ja sitä on hyvä käyttää järjestelmällisesti. Tällöin palkitsemista arvioidaan ja kehitetään systemaattisesti, jotta myös palkitsemisjärjestelmät kehittyvät ja motivoivat henkilöstöä pyrkimään jatkuvasti omaan parhaimpaansa. Palkitsemisjärjestelmillä tulee olla myös selkeä kytkös organisaation tavoitteisiin ja strategiaan. (Helsilä & Salojärvi 2009, 213- 215; Kohti strategista palkitsemista 2007.)

Palkitsemiseen liittyvät linjaukset ovat strategisia valintoja, myös se, ettei palkita. Turvallisena vaihtoehtona saatetaan pitää olemassa olevan olotilan säilyttämistä. Tällöin luovutaan myös kehittymisen mahdollisuuksista, koska palkitsemisjärjestelmät kannustavat nykyisen

toiminnan jatkamiseen. Tätä on tukenut myös aiemmat palkkojen porrastamisjärjestelmät, jotka ovat kytkeytyneet tehtävänimikkeisiin, ikään ja työvuosiin. Nykyisin perusteena käytetään mieluummin vastuun ottamista, hyviä työsuorituksia, tavoitteiden saavuttamista sekä toiminnan ja tarvittavan osaamisen kehittämistä. (Hakonen, N., Leino, J. & toim. 2007.)

### 6.4. Kehittämis ehdotukset

#### **Vastuuhoitajien työnkuvaus**

Jokaiselle vastuualueelle on tehtävä kirjalliset selkeät työnkuvaukset, eli mitä kunkin vastuualueen hoitajan tehtäviin kuuluu. Vastuuhoitajan työnkuvaukseen on liitettävä myös kirjattu työnjako vastuuhoitajien kesken. Työnkuvauksista saadaan runko vastuuhoitajien perehdytykselle.

#### **Vastuuhoitajajärjestelmän uudelleen organisointi**

Anestesiapuolen vastuunjako ja vastuuhoitajamääritelmä vaatii uudenlaista pohdintaa. Jako kirurgian erikoisaloihin ei palvele anestesiavastuuhoitajatoimintaa. Vastuuhoitajatoimintaa anestesiapuolella voitaisiin rakentaa asiantuntijuuden pohjalta. Vastuuhoitajajärjestelmä ei voi rakentua niin, että vain yksi henkilö hoitaa koko vastuualuetta. Tiimityöstä rakentuu hyvä pohja vastuuhoitajatoiminnalle, ja tiimin kokoamisessa hyödynnetään niin uusia kuin kokeneitakin työntekijöitä. Näin toimien varmistetaan riittävä osaamisen tason jatkuminen.

#### **Vastuuhoitajien yhteiset palaverit**

Jokaiselle vastuualueelle tarjotaan aamupalaveriaika, jolloin vastuuhoitajatiimillä on mahdollisuus kouluttaa kollegoja oman erikoisalan asioihin. Koulutuksissa tulee hyödyntää perehtyviä vastuuhoitajia, joille kokeneemmat vastuuhoitajat toimivat mentoreina.

#### **Yhteistyöpalaverit eri ammattiryhmien kesken**

Yhteistyöpalaverit tulee laajentaa kaikille erikoisaloille. Tällä hetkellä vastuuhoitajien ja erikoislääkärien yhteistyöpalaverit toimivat vain muutamalla erikoisalalla. Yhteistyötä välinehuollon ja sairaalahuoltajien kanssa sekä vuodeosastojen kanssa jatketaan ja tiivistetään, jotta kaikille potilaan hoitoon osallistuville ammattiryhmille muodostuu selkeä käsitys työn kokonaisuudesta ja tavoitteista.

#### **Vastuualueiden kehittämissuunnitelmat**

Vastuuhoitajatiimit laativat kehittämissuunnitelman, joka sisältää suunnitelman tarvittavista ulkopuolisista koulutuksista. Kehittämissuunnitelmassa sovitaan myös sisäisestä koulutuksesta eli kuka tai ketkä vastaavat aamupalaverien koulutusten sisällöstä omalla vastuualueella. Esimiesten mukanaolo ja tuki suunnitelmien teossa, varmistaa yhtenäisen linjan. Toiminnan on oltava linjassa sairaanhoitopiirin strategian tavoitteiden kanssa.

#### 6.5. Ehdotukset jatkotutkimusaiheiksi

Vastuuhoitajatoimintaa tulee edelleen tarkastella ja kehittää. Tieteellistä tutkimusta tulee tehdä laajemmassa mittakaavassa kuin vain yhden sairaanhoitopiirin toimijoista. Näkökulmana voisi tarkastella ja vertailla eri yksiköiden vastuuhoitajatoiminnan käytäntöjä, toteutusta ja toimivuutta. Tutkimuksella voitaisiin selvittää tiimityöskentelyn toimivuutta vastuuhoitajatoiminnassa sekä selvittää ja vertailla vastuuhoitajien tehtäväkuvia eri yksiköissä.

Tulevissa tutkimuksissa voisi tunnistaa ja kuvata vastuuhoitajan osaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Kuvaamalla osaaminen saataisiin vastuuhoitajuuden edellyttämän työn vaativuus ja merkitys näkyväksi ja samalla työn arvostus lisääntyisi. Tutkimuksen tuloksena olisivat perioperatiivisen vastuuhoitajuuden osaamisalueet, joita voidaan hyödyntää esimerkiksi työn vaativuuden arvioinnissa.

## LÄHTEET

Aaltonen, J. 2008. Tulevaisuuden terveydenhuolto ja leikkausosaston kehittäminen. *Finnanest* 41 (3), 229 – 235.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino. Tampere.

Balk, T., Eskelinen, S., Malinen, J. & Vanhatalo, S. 2006. Yhteenveto Osaamisen kehittäminen ja johtaminen caseyritysten kokemusten pohjalta. Teoksessa Ojala, L. & Vainionmäki, J. (toim.) *Esimerkkejä osaamisen johtamisesta suomalaisilla työpaikoilla - osaamisen johtamisen tuloksellisuus ja osaamispääoman raportointi*. 134 – 137. Viitattu 18.7.2013.  
< <http://lib.tkk.fi/Reports/2006/isbn9512283565.pdf> >

Bergs, E. A.G., Rutten, F. L. P.A., Tadros, T., Krijnen, P. & Schipper, I. B. 2005. Communication during trauma resuscitation: do we know what is happening? *Injury, int. J. Care Injured*. 36, 905 – 911.

Corbett, S. 2009. Teamwork: how does this relate to the operating room practitioner? *Journal of Perioperative Practice*. Vol 19. Issue 9, 278 – 281.

Enontekiö, K. 2009. Perioperatiivisen vastuuhoitajatoiminnan kehittäminen. Nykytilan kuvaus. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.

ETENE-julkaisuja I. 2001. Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.  
<[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)> Viitattu 10.4.2012.

Fletcher G, Flin R, McGeorge P ym. 2003 Anaesthetists nontechnical skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British Journal of Anaesthesia*. 2003. 90, 580–8.

Fraser SW, Greenhalgh. 2001. Complexity science: Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*. 323, 799–803.

Hakonen, N., Leino, J. & toim. 2007. Kohti strategista palkitsemista. Henkilöstöjohtoon ryhmä- Henry ry. Strategisen palkitsemisen jaos 22.3.2007., pdf-tiedosto. Viitattu 2.4.2013.  
<http://www.henryorg.fi/data/dokumentit/Tutkimukset/Palkitsemisraportti.pdf>

Halava, I. & Pantzar, M. 2010. Kuluttajakansalaiset tulevat! Miksi työn johtaminen muuttuu?  
<<http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2010/09/Kuluttajakansalaiset.pdf>>  
Viitattu 27.3.2012.



Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen ainesitöön perustuvan teorian kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Tampere.

Helin, K. 2000. Yhdessä menstymisen taito. Kauppakaari Oyj. Helsinki.

Helsilä, M. & Salojärvi, S. (toim.) 2009. Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

International Council of Nurses. 2012. The ICN code of ethics for nurses. Geneva. Switzerland. Tulostettu ja viitattu 31.1.2013 <<http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset menetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 113. Väitöskirja.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2010. Strategia vuoteen 2015. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 16.6.2010. Hämeenlinna.

Katzenbach, J. R. & Smith, D. K. 1998. Tiimit ja tuloksekas yritys. Ekonomia sarja. WSOY. Jyväskylä.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, (1), 3-12.

Laiho, M. & Kuokkanen, L. 2004. Tiimityö edistää yhteistoiminnallisuutta leikkaushoitotyössä. Sairaanhoitaja 8/2004 vol 77. 35 – 37.

Laine, M. 2005. Hoitajana huomennakin, hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Väitöskirja. Turku. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, työterveyshuolto.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Helsinki. WSOY. 21–43.

Lindroos J-E & Lohivesi, K. 2010. Onnistu strategiassa. 3. uudistettu painos. WSOY Pro. Juva

Lindström, K. 2002. Työyhteisön kehittämisen haasteet. Teoksessa Lindström, K. & Leppänen, A. 2002. Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammalan Kirjapaino, 14 – 19.

Lindström, K. & Kiviranta, J. (toim.) 1995. Työryhmät ja tiimit. Ryhmän toimivuus ja jäsenten hyvinvointi. Työ ja ihminen. Työministeriö. Helsinki.

Lipponen, M., Peltonen, J. & Yli-Panula, A. 2005. Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto: Vastuusairaanhoitajamalli. Spirium 2005; 40 (4). 13 – 19.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY. Helsinki.

Marjamaa, Riitta. 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Yliopistopaino. Helsinki.

Marjamäki, Minna. 2006. Perioperatiivisessa hoitotyössä toimivan sairaanhoitajan työhön sitoutuminen. Pro gradu-tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Miettinen, M. 2005. Terveystienhuollon innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa Vuori, J. (toim). 2005. Terveys ja johtaminen. Helsinki. WSOY. 260 – 277.

Metsämuuronen, Jari 2000: Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Helsinki: Oy Edita Ab. 2.painos.

Metsämuuronen, Jari. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Jyväskylä.

Niemi-Muurola, L. 2005. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. Suomen lääkirilehti 3/2005 vsk 60, 305 – 308.

Niemistö, R. 1998. Ryhmän luovuus ja kehitystaidot. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Tammer-Paino. Tampere.

Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2007. Arjen johtajuus - rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Suomen sairaanhoitajaliitto. Sipoo.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Koulutus - ja tiedepoliittinen osasto.

Otala, L. 2011. Vankkaa osaamista ja ketterää oppimista Työelämän osaamiseen ja oppimiseen liittyviä haasteita.  
<[http://www.cicero.fi/documents/Tyoelaman\\_haasteetRaportti.pdf](http://www.cicero.fi/documents/Tyoelaman_haasteetRaportti.pdf)> Viitattu 16.4.2012.

Paukkunen, L. 2003. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyösaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden ja -taloustieteen laitos.

Puranen, E. 2005. Leikkausosaston työnjakomalli. Pro gradu-tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Saikkonen, P. 2004. Vastuusairaanhoitajamallin kehitysvaihe hoitotyössä vuodeosastojen osastonhoitajien arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Tampere. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Sainola-Rodriguez, S. 2011. Transnationaalinen osaaminen - uusi terveydenhuollonhenkilöstön osaamisvaatimus. Teoksessa Metsänen, R. & Matinheikki-Kokko, K. (toim.) 2011 Lokaaleja ja globaaleja kohtaamisia sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu. 35 - 41.

Sairaanhoitajaliitto. 2013. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.  
<[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet)> Viitattu 31.1.2013.

Silén-Lipponen, Marja. 2005. Teamwork in Operating Room Nursing. Kopijyvä. Helsinki.

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K. & Turunen, H. Käsitemallit tiimistä – sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. Hoitotiede Vol. 16, no 4/-04. 188 – 200.

Silvennoinen, A-S. 2007. Sairaanhoitajien ammattipätevyys perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Pro Gradu-tutkielma. Turku. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sanerma, P. 2009. Kotihoidon kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere 2009.

Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R., & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen. Raportti 34/2010. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki 2010.

Spiik, Karl-Magnus. 2007. Tulokseen tiimityöllä. WSOY. Helsinki.

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. STM 2009:5. Helsinki.

Syrjälä, L., Ahonen S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Teikari, M. & Roine, R. 2007. Tiedon tulkinta ja raportointi. Teoksessa Menetelmien arvionti terveydenhuollossa. Toim. Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. Karisto Oy. Hämeenlinna. 126 – 143.

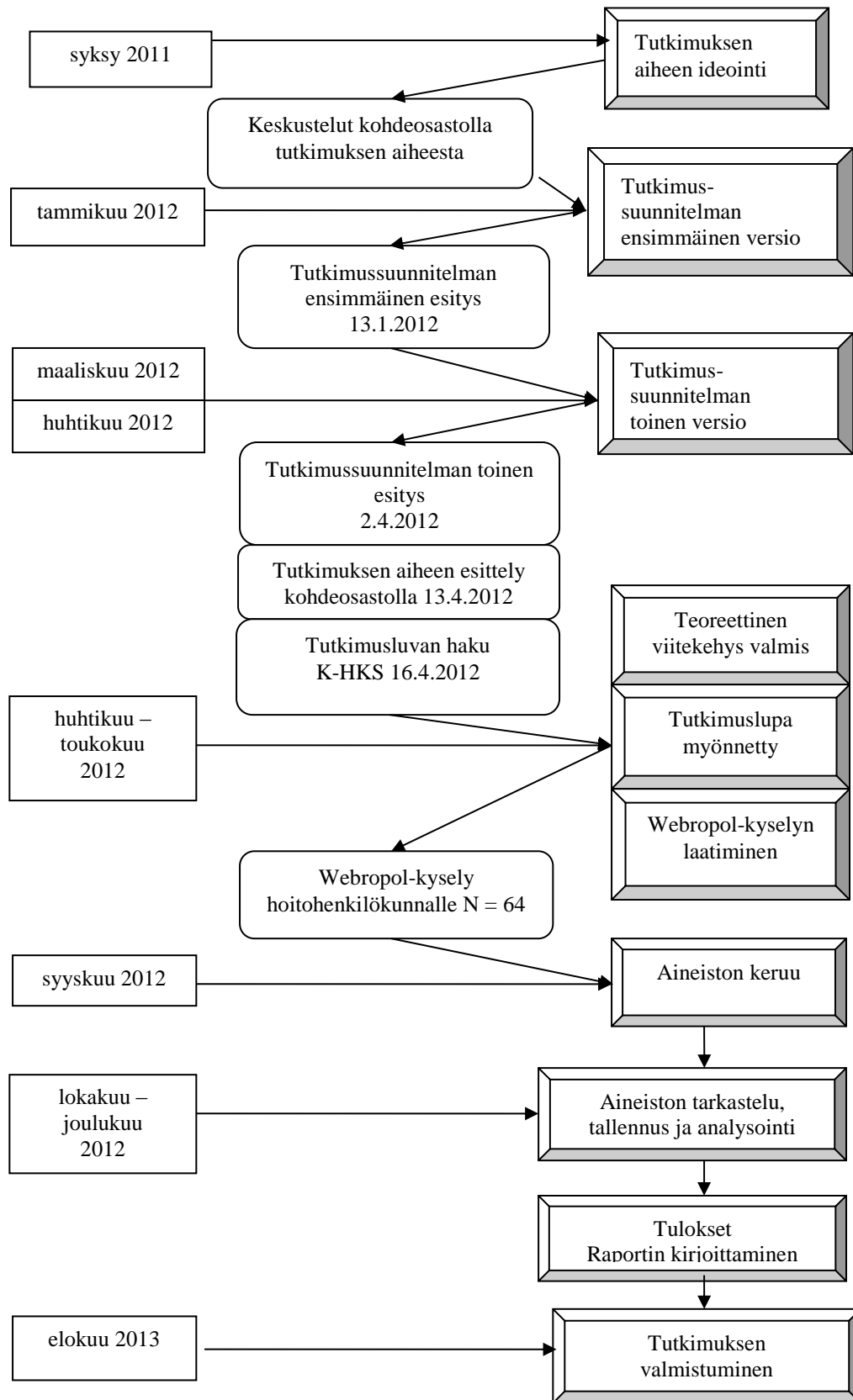
Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Väitöskirja. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Jyväskylä.

Väänänen, T. 2007. Sairaanhoidajan tehtäväkuva – Suomen sairaanhoidajaliiton jäsenkysely 2004. Pro Gradu-tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Ylitörmänen, T., Kvist, T. & Turunen, H. 2012. Sairaanhoidajien yhteistyö sairaalassa – kyselytutkimus. Tutkiva Hoitotyö vol. 11 (1) 2013. 4 – 13.

Liite 1 Tutkimuksen eteneminen



## Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hoitotyön tutkimuslupa



KANTA-HÄMEEN  
SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ

## Hoitotyön tutkimuslupa-anomus / päätös

Hakija / hakijat	Niina Saartenkorpi sairaanhoitaja AMK	KANTA-HÄMEEN SAIRAANHOITOPIIRIN KY. Saapumispäivämäärä <b>17. 04. 2012</b>	
		Valmistelija	Dnro <b>97</b>
Osoite ja puhelinnumero	Rinkelinmäenkatu 4 C 30 13130 Hämeenlinna Puh. 040 849 4708		
Opinnäytetyö	Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosastolla  <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö / AMK <input type="checkbox"/> Lisensiaatin tutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input checked="" type="checkbox"/> Muu Ylempi AMK-tutkinto, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen		
Tutkimuksen / opinnäytetyön tiivistetty kuvaus (liitteenä tutki- mussuunnitelma)	Tämän työn tutkimustehtävänä on vastata kysymyksiin: Mitä vahvuuksia nykyisessä vastuusairaanhoitajatoiminnassa on? Mitä kehittämisalueita nykyisessä vastuusairaanhoitajatoiminnassa on? Miten vastuusairaanhoitajatoimintaa voidaan kehittää leikkaus- ja anestesia- osastolla? Tavoitteena on: Saada tietoa tämän hetken vastuuhoitajatoiminnasta ja löytää tapoja kehittää leikkaus- ja anestesiaosaston vastuuhoitajatoimintaa. Tutkimus on laadullinen ja aineisto käsitellään induktiivisella sisällön analyysillä.		
Tarvittaessa eettisen toimi- kunnan lausunto (liitteenä)	Tutkimuksen kohteena on Kanta-Hämeen keskussairaalan Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunta		
Ohjaaja(t) (pvm, nimi ja oppilaitos)	Yliopettaja Päivi Huotari paivi.huotari@hamk.fi, 03 6464753 Hämeen ammattikorkeakoulu		
Hakijan allekirjoitus	<i>Hämeenlinna 16.4.2012 Niina Saartenkorpi</i>		
Tutkimusluvun myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <u>18. 4. 2012</u> <input type="checkbox"/> Ei myönnetty _____ 20____ Perustelu:		
Allekirjoitus / nimen selvennys	<i>Mirja Oksanen</i> <i>Mirja Oksanen-Salmi</i>		
Päätös annettu tiedoksi hakijalle	<u>23. 4. 2012</u>		Alkuperäinen hakijalle Kopio kirjaamoon

SHP 45.9.08 (intra / Lomakkeet / T)

Palautusosoite  
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky.  
Kirjaamo  
Ahvenistontie 20  
13530 Hämeenlinna

## Liite 3 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen tekijät, vuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustapa	Keskeiset tulokset
Bergs, E. A.G., Rutten, F. L. P.A., Tadros, T., Krijnen, P. & Schipper, I. B. 2005. Communication during trauma resuscitation: do we know what is happening? Injury, int. J. Care Injured. 36, 905 – 911.	Sanallinen viestintä on tärkeää osa tiimityötä ja johtajuutta elvytys- ja traumahoidossa. Tutkimuksen tarkoitus on arvioida viestintää moniammatillisessa trauma/elvytystilanteessa .	Digitaalinen videokuvaus 205 traumaelvytystilannetta 1.5. - 1.9.2003 välisenä aikana kuvattiin, joista 30 ensimmäistä hylättiin.	”The Major trauma team” 74 elvytystilannetta, joista 56 % kommunikaatio oli kuultavaa, 44 % kommunikaatio oli ymmärrettävää. ”The minor trauma team” 119 hoitotilannetta, joista 43 % kommunikaatio oli kuultavaa ja 33 % kommunikaatio ymmärrettävää. Kommunikaatio ei ole tutkimuksen mukaan optimaalista traumaelvytystilanteissa. Tämä vaarantaa potilasturvallisuutta. Puutteet kommunikaatiossa aiheuttavat hoidossa virheitä. Laadukas potilashoito vaatii selkeää tiedon välittämistä kaikille tiimin jäsenille.
Enontekiö Kaarina 2009 Perioperatiivisen vastuuhoidajatoiminnan kehittäminen. Nykytilanteen kuvaus YAMK-opinnäyte	Kuvata vastuuhoidajatoiminnan nykytilaa Töölön sairaalan ortopedisellä ja traumatologisella leikkaus- ja anestesiaosastolla	Kyselytutkimus, määrällinen kyselytutkimus. N = 94. Ammaatiryhmittäin kyselylomakkeet jaettiin 4 lähiesimiehelle, 40 anestesiaosastolle, 42 leikkaussalisairaanhoidajalle ja 8 lääkintävahtimestarille. Kyselyyn vastasi 50 hoitohenkilöstöön kuuluvaa työntekijää, vastausprosentti 53.	Vastuuhoidajatoiminnan jatkuva kehittäminen ja siihen panostaminen on keskeisimpiä ja tärkeimpiä kehityskohteita leikkaus- ja anestesiaosastolla.
Laiho Maritta, Kuokkanen Liisa	Heräämötiimin kehittäminen	Kyselytutkimus, laadullinen kyselytutkimus	Leikkaushoitajien ammattitaito ilmenee tiedollisina ominaisuuksina, sosiaalisena ja vuorovaikutuksellisenä kyvykkyytenä sekä leikkaustoiminnan organisointitaitoina. Se ilmenee myös myönteisenä

## Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus

			<p>asentoitumisena potilaisiin ja työtovereihin. Leikkaushoitotyön moniammatillisessa työyhteisössä korostuu joustavuus ja jämäkkyys. Tutkimuksen mukaan yhteistoiminnallisen työn este on loukkaava ja epäasiallinen työtoverin kohtelu kiireisessä ja epätietoisuuden leimaamassa päivystysaikaisessa toiminnassa.</p>
<p>Marjamaa Riitta 2007 Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää maan julkisten leikkausyksiköiden operatiivisen johtamisen työnjakoa, analysoida toiminnan arvioinnissa käytettäviä mittareita ja punnita toiminnanohjauksen apuvälineinä käytettäviä tietojärjestelmiä.</p>	<p>Tutkimus 1: kyselytutkimus N=60 sairaalaa (97 anestesiaääkäreitä ja 115 osastonhoitajaa). Aineisto analysoinnissa käytettiin Pearsonin Khiin-neliö-testiä soveltuvin osin. Tutkimus 2: kuvattiin potilaiden paikannukseen perustuva leikkaussalin prosessinohjausjärjestelmä, tutkittiin sen luotettavuutta ja mitattiin etenevästi sen automaattisen kirjaamisen tarkkuutta. Tutkimus 3: Tutkimuksessa verrattiin leikkaussalissa kahden erilaisen toimintamallin tehokkuutta. Tutkimus 4: Tutkimuksessa vertailtiin viittä eri toimintamallia leikkaussalin toiminnan tehostamiseksi. Koska näin monen toimintamallin testaaminen käytännön työelämässä on hankalaa, käytettiin tietokonesimulaatiota. Tutkimus 5: Tässä monikeskustutkimuksessa verrattiin kahden yleisanestesiassa suoritettavan, yleisesti tunnetun toimenpiteen kestoaikaa kahdeksassa eri maassa ja yhteensä kymmenessä eri sairaalassa. Tulokset esitettiin</p>	<p>Käsitykset suomalaisten leikkausyksiköiden toiminnanohjauksen työnjaosta osoittautuivat ristiriitaisiksi. Yksiköiden toiminnanohjausjärjestelmät osoittautuivat vanhanaikaisiksi, niiden reaaliaikaisuudessa oli puutteita, eivätkä ne tukeneet toiminnan arviointia. Leikkaussalien toiminnanohjauksen työnjakoa ja vastuuta lääkäreiden ja hoitajien välillä on selkiytettävä.</p>



## Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus

		prosenttiosuuksina ja lukumääriä koskevat mediaaneina, standardideviaatioina ja vaihteluvälinä.	
<p>Paukkunen Leena 2003</p> <p>Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen.</p> <p>Koulutuskokeilun arviointitutkimus.</p> <p>Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto.</p> <p>Hoitotieteen laitos.</p> <p>Terveyshallinnon ja -taloustieteen laitos.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksen oli kuvata ja arvioida sosiaali- ja terveysalan ammatillisen koulutuksen yhteistoimintakokeilun toteutusta ja vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön.</p> <p>Yhteistyöosaamisen oppiminen oli päätavoite kokeilussa, joka perustui konstruktivistiselle oppimiskäsitykselle ja sisälsi moniammatillisia yhteistoiminnallisia sekä itseohjautuvuutta tukevia oppimismenetelmiä</p>	<p>Tutkimusjoukon muodostivat koulutuskokeiluun osallistuneet neljä opiskelijaryhmää (sosiaaliohjaajat, sosiaalikasvattajat, sisätauti-kirurgiset sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat) sekä näille ryhmille valitut perinteisesti opiskelleet kontrolliryhmät. N = 143</p> <p>Kvalitatiivinen aineisto: kolmivaiheinen kuuden vuoden seuranta-ajan käsittävä pitkittäistutkimus (N = 83) ja poikittaistutkimus (N = 90). Kyselylomake, joka analysoitiin tilastollisesti.</p> <p>Kvalitatiivinen aineisto koottiin ryhmähaastatteluilla noin kolme vuotta ammattiin valmistumisen jälkeen. Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.</p>	<p>Reflektiiviset, monitieteiset ja – ammatilliset ryhmäopetus- ja oppimismenetelmät olivat yhteistyöosaamisen oppimisen edistäjiä.</p> <p>Kokeiluun osallistuneet korostivat perinteisesti opiskelleita enemmän tutkimustietoa, mutta perinteisesti opiskelleet kokemuksen kautta saatua tietoa. Yhteistyön ymmärtäminen ja ammatillinen itseluottamus tulivat selkeimmin esille kokeiluun osallistuneilla.</p> <p>Kokeiluun osallistuneet painottivat kontrolliryhmää enemmän tasa-arvoisuutta ja vastavuoroisuutta yhteistyöosaamisen edistäjinä ja yhteistyöosaamisessa reflektiivisiä taitoja, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä tarvittavaa formaalia tietoa, tietotaidon soveltamisen ja jakamisen taitoa sekä suunnitelmallista ja vahvaan ammatilliseen itseluottamukseen perustuvaa yhteistyötä.</p>
<p>Puranen Ella 2005</p> <p>Leikkausosaston työnjakomalli</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää leikkausosaston työntekijöiden näkemyksiä leikkausosaston työnjakomallista ja työnjakomallin toteutumisesta.</p>	<p>Kvantitatiivinen, kyselylomake. N = 584.</p> <p>Vastausprosentti oli 30.</p>	<p>Tutkimuksen tulosten mukaan enemmistö nimesi leikkausosaston työnjakomalliksi tiimityön. Työryhmän jäsenet valitsi osastonhoitaja tai joku muu esimies. Työryhmän vetäjänä oli yliopisto- ja keskussairaaloissa yksi työryhmän jäsenistä ja kuntayhtymän</p>

## Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus

			<p>sairaaloissa osastonhoitaja. Jäsenet työryhmissä vaihtuivat päivittäin. Työryhmään kuuluviksi luettiin kaikissa sairaaloissa anestesia- ja leikkaava lääkäri, anestesia- ja instrumenttihoitaja ja salivalvoja. Tutkimukseen osallistuneiden leikkausosastojen työryhmien työskentely ei ollut täysin itseohjautuvaa. Työryhmillä ei ollut johtamisvastuuta. Tulosten perusteella työnjakomallina näyttäisi olevan ryhmätyömalli, jossa lähiesimiesten määräyksestä muodostetaan työryhmiä suorittamaan yhteisvastuullisesti annettua tehtävää. Kehittämiskohteiksi vastaajat nimesivät henkilöstöpolitiikan, johtamisen ja tiimityön kehittämisen.</p>
<p>Silién-Lipponen Marja 2005 Teamwork in Operating Room Nursing. Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tiimityötä leikkaushoitotyössä suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden kokemusten kautta sekä tiimi käsitteen ilmentämistä ja soveltuvuutta leikkaustoimintaan aikaisemman kirjallisuuden perusteella.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Haastatteluissa (N= 51) ja kirjallisen aineiston (N=30) keräämisessä käytettiin merkityksellisten tapahtumien menetelmää ja analysoinnissa kuvailevaa fenomenologista menetelmää ja laadullista sisällön analyysia. Käsiteanalyysia käytettiin tiimityöhön liittyvän aikaisemman kirjallisuuden arvioinnissa</p>	<p>Tuloksista ilmenee, että leikkauspotilaille haluttiin tarjota ammattitaitoinen ja sujuva hoito. Ammattitaitoiset tiimit olivat kyvykkäitä ja halukkaita yhteistyöhön hoidollisen osaamisen, persoonallisen taitavuuden sekä sosiaalisten ja teknisten taitojen osalta. Tiimin jäsenten kyky havaita sekä mahdollisia että ilmeisiä riskejä ja ohjata toisten tiimin jäsenten työskentelyä ylläpiti leikkauspotilaan turvallisuutta</p>

Liite 4 Tutkimuksen saatekirje ja kysymykset

Hei työtoverini!

Opiskelen työni ohessa Hämeen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa.

Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, joka on työelämälähtöinen kehittämishanke.

Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa tämän hetken vastuuhoitajatoiminnasta Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnan kertomana.

Tarkoituksena on löytää tapoja kehittää Hämeenlinnan yksikön leikkaus- ja anestesiaosaston vastuuhoitajatoimintaa.

Kyselystä saadun materiaalin analysoin syksyn 2012 aikana. Keväällä 2013 esittelen opinnäytetyöni osaston henkilökunnalle.

Pyydän sinua vastaamaan kyselyyn ja kertomaan oman näkemyksesi tämän hetken vastuuhoitajatoiminnasta. Vastaukset käsittelen ehdottoman luottamuksellisesti.

Alla olevasta linkistä pääset suoraan vastuuhoitajakyselyyn. Vastaaminen tapahtuu anonymisti.

Vastausaikaa Sinulla on 8.10.2012 asti.

<https://www.webropolsurveys.com/Answer/SurveyParticipation.aspx?SDID=Fin549107&SID=b9e3c31e-2376-4228-aae7-fb95bfd87f08&dy=1296706609>

Kiitos, että olet mukana kehittämässä osastomme toimintaa ja autat minua hankkeessani.

Terveisin,

Niina Saartenkorpi  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
[niina.saartenkorpi@khshp.fi](mailto:niina.saartenkorpi@khshp.fi)  
[niina.saartenkorpi@gmail.com](mailto:niina.saartenkorpi@gmail.com)  
puh. 040 849 4708

Vastuuhoitajatoiminta

1. Vastaajan ammattiryhmä
  - ☐ Anestesia- ja sairaanhoitaja
  - ☐ Instrumentoiva sairaanhoitaja
  - ☐ Muu
2. Toimitko vastuuhoitajana?
  - ☐ Kyllä
  - ☐ En
3. Kuinka monta vastuualuetta Sinulla on tällä hetkellä?
  - ☐ Ei yhtään
  - ☐ Yksi
  - ☐ Kaksi
  - ☐ Kolme
  - ☐ Neljä
  - ☐ Viisi tai enemmän
4. Mikä on vastualueesi hoitajien kokonaismäärä? Jos toimit useammalla vastualueella, merkitse jokaisen vastualueen hoitajamäärät.
5. Mitkä asiat toimivat Sinun mielestäsi nykyisessä vastuuhoitajatoiminnassa hyvin tai erityisen hyvin?
6. Mitkä asiat Sinun mielestäsi vaativat kehittämistä tai eivät toimi nykyisessä vastuuhoitajatoiminnassa?
7. Miten Sinun mielestäsi vastuuhoitajatoimintaa voidaan kehittää leikkaus- ja anestesiaosastolla?
8. Miten sinä voit itse omalla toiminnallasi edistää vastuuhoitajatoimintaa?

## Liite 5 Tutkimusaineiston pelkistäminen

5. Mitkä asiat toimivat Sinun mielestäsi nykyisessä vastuuhoitajatoiminnassa hyvin tai erityisen hyvin?			
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
1. Asioita pyritään päivittämään parhaan mukaan	Asioiden päivitys	Päivitetyt ohjeet	Työn ohjeistus
2. hyvät ohjekansiot	Hyvät ohjekansiot	Hyvät ja ajantasaiset ohjeet	
3. Kun on ohjekortteihin laitettu tiivistetysti leikkauksen tapahtumat tai havainnollistavia kuvia tai muuta vastaavaa. Auttaa kovasti jos ei asiasta paljoa tiedä.	Tiivistetyt ja havainnolliset ohjekortit		
4. Vastuuhoitajien ylläpitämät kansiot ovat pääasiallisesti hyviä ja ajan tasalla	Ajantasaiset kansiot		

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
5. Vastuualueet jaetaan oman kiinnostuksen mukaan.	Vastuualueet jaetaan kiinnostuksen mukaan	Oma mielenkiinto vastuualueisiin	Motivaatio
6. Olen kuitenkin kuullut, että sellaista aluetta ei tarvitse ottaa, mikä ei välttämättä kiinnosta.	Oma kiinnostus vastuualueeseen		
7. Vastuualueet saa mahdollisuuksien mukaan valita oman mielenkiinnon mukaan.	Oma kiinnostus vastuualueesta		
8. Vastuualueet määräytyvät oman mielenkiinnon perusteella	Oma kiinnostus vastuualueesta		
9. Hyvä porukka, joka on kiinnostunut omasta vastuualueestaan.	Kiinnostus omasta vastuualueestaan	Motivoituneet vastuuhoitajat	
10. Myös vastuualueiden määrään voi itse vaikuttaa voimavarojensa mukaan	Vastuumäärä omien voimavarojen mukaan	Yksilöllinen vastuualueiden jako	

## Vastuuhoitajatoiminnan nykytilan kuvaus

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
11. Ilmapiiri vastuualueiden hoitamiseen on kannustava	Kannustava ilmapiiri	Positiivinen palaute	Viestintä
12. Vertaistuki vastuuhoidajuuudessa.	Vertaistuki vastuuhoidajuuudessa	Kollegiaalisuus	
13. Aika monet vastuuhoidajat tiedottavat nykyisin kiittävästi vastuualueistaan.	Kiitettävä tiedotus vastuualueen asioista	Tiedonkulku	

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
14. Vastuu on jakautunut useammalle henkilölle.	Vastuualueissa vastuu jakautuu useammalle henkilölle	Työn jatkuvuus, yhteistyö ja osaaminen	Vastuun jako
15. Vastuu on jakautunut sopivasti useammalle henkilölle. Yhden ei ole pakko muistaa ihan kaikkea.	Vastuualueissa vastuu jakautuu useammalle henkilölle		
16. Selkeät eri vastuualue jaot	Selkeät vastuualuejaot	Selkeä toimenkuva	
17. Vastuu-alueet ovat selkeästi jaettu.			
18. vastuuhoidajuudet/ vastuualueet jaetaan aktiivisesti			

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
19. Nykyään saa enemmän olla omalla vastuualueellaan ja isommissa vastuualueen leikkauksissa.	Mahdollisuus osallistua oman vastuualueen leikkauksiin	Työn organisointi vastuualueet huomioiden	Työn organisointi
20. Saa suhteellisen hyvin olla omalla vastuualueella			

## Opinnäytetyön nimi

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
21. On liuta vastuuhoitajia, jotka hoitavat itsenäisesti omaa aluettaan- kuten pitäisikin- ja se on erinomaista	Itsenäinen oman vastuualueen hoitaminen	Oma-aloitteinen, aktiivinen vastuualueiden hoito	Itseohjautuvuus
22. Heistä monet myös ottavat ajan vastuualueen hoitoon, mikä vaatiikin omaa aktiivisuutta.	Oma aktiivisuus ottaa aikaa vastuualueen hoitoon		
23. Itseohjautuvuus - sekä hyvä, että huono.	Itseohjautuvuus		
24. Joukossa on niitä, jotka hoitaa vastuualuetta hyvinkin sitoutuneesti ja erinomaisesti	Sitoutunut ja erinomainen vastuualueiden hoito		
25. "Tilaamalla" saatan saada esimieheltä aikaa asian hoitoon.	Aktiivisuus ottaa aikaa vastuuhoidajan tehtäviin	Aktiiviset työntekijät saavat aikaa vastuualueidensa hoitamiseen	
26. Ei voi jäädä odottelemaan että AIKAA ANNETAAN, se on OTETTAVA			
27. Osa hoitajista etsii ja pyytää jatkuvasti koulutuksiin	Aktiivinen hakeutuminen koulutuksiin		
28. Aktiiviset saa haluamansa. Positiivinen lataus ja eteneminen tuottaa työelämässä aina tulosta.	Positiivinen suhtautuminen työhön		
29. Myös oman itsensä kehittämisen vastuu on jokaisella.	Itsensä kehittäminen		
30. Vastuualueita "saa" jo varhain.			
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
31. Gastron palaverit kaksi kertaa vuodessa hyvät.	Yhteistyö kirurgien kanssa	Yhteistyö sidosryhmien kanssa	Moniammatillinen yhteistyö
32. Hyvin yhteistyö sidosryhmien kanssa	Yhteistyö sidosryhmien kanssa		
33. Vastuuhoidajittain "käsiala" on hyvin erilaista, se liittyy enemmän henkilöihin siis vastuuhoidajiin kuin vastuuhoidajuuteen sinänsä	henkilökohtainen "käsiala" tehdä vastuuhoidajan työtä	Yksilöllinen tapa tehdä työtä	Yksilöllisyys

Vastaaajien määrä 25

6. Mitkä asiat Sinun mielestäsi vaativat kehittämistä tai eivät toimi nykyisessä vastuuhoidajatoiminnassa?			
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
1. Mielestäni vastuuhoidajuus ane-puolella on yhtä kuin nimipaperissa ja kansion teko ehkä. Iso osa porukasta ei ole tehnyt mitään.	Vastuuhoidajuus nimellinen, ei sitoutumista	Työnkuvaus	Työn ohjeistus
2. Nykymuotoisena vastuuhoidajuus (jos sellaista on) ei toimi osastollamme.. Vastuuhoidajatoiminta on mielestäni osittain aikansa elänyt käsite, mikä toimii vain tietyillä vastuualueilla hyvin toisilla taas jollain tavalla tai ei lainkaan..	Vastuuhoidajuus toimii vain osalla vastuualueista		
3. Vastuuhoidajien toimenkuvia ei ole määritetty.	määritellyt vastuuhoidajien toimenkuvat		
4. On hyvin paljon työtehtäviä, joita vastuuhoidajien tulisi tehdä, mutta henkilökunta ei tiedä mitä voi tai saa tehdä itsenäisesti ollessaan vastuuhoidaja.	Henkilökunta ei tiedä mitä saa tehdä itsenäisesti		
5. Työnjako vastuuhoidajien kesken vastuualueen sisällä.	Vastuuhoidajien työnjako	Työnjako	
6. Töiden jakautuminen vastuuhoidajien kesken, oh:n tai os.siht ja vastuuhoidajien (= tilausasiat) kesken.	työnjako vastuuhoidajien, aoh ja osaston sihteerin kesken		
7. Vastuuhoidajuuden eri osa-alueiden (yhteydenpito kirurgeihin/anelääk:n, edustajiin, laitteet, kk-tuotteet ym. hoitotuotteet, lääkkeet..) tulisi olla niin tiukasti vastuuhoidajalla että lähiesimies vain koordinoi (alaistensa) vastuuhoidajien tekemien asioiden kokonaisuutta.	Vastuuhoidajien tehtävät vastuuhoidajilla ja lähiesimies koordinoi	Esimiehen valvonta ja ohjaus	
8. Seuranta esimiehen (?) taholta puuttuu. Jos jään pois, asiat jäävät oman onnensa nojaan.	Esimiehen seuranta vastuuhoidajien tehtävistä		
9. Vastuuhoidajuudesta on väärä käsitys: se nähdään yhtenä työtehtävänä ja kaikilla on oltava vastuualue, olipa kokemus mikä hyvänsä ja kyky hoitaa omaa vastuualuetta mikä tahansa.	Vastuuhoidajuus ja vastuutehtävät jaettava yksilöllisesti	Yksilöllinen työnjako	
10. Muutenkin on paljon "törmäysääuto"-menttaliteettia eli selvitetään asia sitten kun se tulee ongelmaksi vastaan.	Asiat selvitetään vasta kun on ongelma	Ennakointi	
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
11. Edelliseen liittyen juuri se että ei juututa ruikuttamaan tai lillukanvarsiin vaan	oma aktiivisuus vastuuhoidajatoiminnassa	Itseohjautuvuus	Motivaatio



## Opinnäytetyön nimi

viedään itseä ja omaa vastuualuetta uusiin sfääreihin. Toimintatavat saa valita vapaasti. Niitä ei esimiestenkään tule määritellä liian tiukasti, muuten kuin että toimitaan säästösten mukaisesti. Taivas (luovuus) on katonä tässäkin niin kuin monessa muussa asiassa.			
<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
12. Lisäksi aikaa vastuualuetoiden tekemiseen jää vain aniharvoin lyhyitä pätkiä salityön ulkopuolella.	Ajan puute hoitaa vastuualuettaan	Riittämätön työaika resurssi	Työaikaतालutus
13. Aikaa vastuualueiden hoitamiseen ei juurikaan ole.	Aikaa ei ole vastuualueen hoitamiseen		
14. Pitäisi saada työaikaa oman vastuualueen asioiden hoitamiseen. Tällä hetkellä sitä on mahdollisuus saada äärimmäisen harvoin/ei koskaan.	Työaikaa vastuualueen hoitamiseen		
15. Listanvetopäivä on usein ainoa mahdollisuus hoitaa vastuualueita, mutta se ei mielestäni ole tarkoituksen mukaista sillä listanveto on jo itsessään vastuualueen hoitamista.	Vastuualueen hoito toisen vastuualuetyön aikana		
16. Lisää aikaa vastuualueiden hoitoon, mahdollisuuksia päästä kouluttautumaan oman vastuualueen puitteissa	Aikaa vastuualueen hoitamiseen ja mahdollisuus kouluttautua		
17. Olen huomannut, että niillä hoitajilla, joilla on vastuualueet, ei ole tarpeeksi aikaa vastuualueensa "hoitoon".	Ei riittävästi aikaa hoitaa vastuualuetta		
18. Ei ole aikaa perehtyä omaan vastuualueeseen tarpeeksi	Ei aikaa perehtyä vastuualueeseen		
19. Vastuualuehoitajan tehtäviin ei juurikaan saa aikaa	Ei aikaa vastuuhoitajan tehtäviin		
20. Vastuu asioiden hoitoon aikaa,	Aikaa vastuuasioden hoitamiseen		
21. Aikaa vastuualueen kehittämiselle	Aikaa kehittämiselle		
22. Vastuualueen asioiden hoitamiseksi ei juurikaan ole annettu aikaa.	Ei annettua aikaa vastuualueen hoitamiseksi		
23. Aina ei ole tarpeeksi aikaa hoitaa omaa tonttiaan niin hyvin kuin haluaisi	ei tarpeeksi aikaa vastuualueen hoitamiseen		
24. Aika ja aikataulut tulevat vastaan, vastuualueen töitä on vietävä kotiin ja suoritettava vapaa ajalla pakolliset työt loppuun.	Vastuutöitä ei ehdi tehdä työaikana		
25. Laatu ei käytännössä maksa mitään, se yksilöiden käsissä, mutta resurssien	Resurssien riittämättömyys		

## Opinnäytetyön nimi

	riittämättömyys syö sen vähänkin mihin hyvin organisoidulla vastuuhuoltajuudella päästäisiin.			
26.	Vastuuhoitajilla ei ole säännöllistä työaika vastuualueiden hoitoon	Ei säännöllistä työaika	Riittämätön työaika resurssi	Työaikataulukus
27.	Ohje/toimenpidekorttien pitäminen ajan tasalla. Edelleen vanhat Dexonit yms. listoissa vaikka ei ole käytetty pitkään aikaan	Ohje/toimenpidekorttien päivitys		
28.	ohjekansion päivittämiseen pitäisi saada tarpeeksi aikaa	Ohjeiden päivitykseen aikaa		
29.	päivittämiselle ei juurikaan anneta (aikaa)	Aikaa ohjeiden päivittämiselle		
30.	Vastuuhoitajilla tulisi olla yhteisiä palaverieja esimerkiksi kerran kuussa tiistai- tai perjantai aamuisin.	Yhteiset palaverit säännöllisesti vastuuhoitajaryhmien kesken	Vastuuhoitajien yhteistyöpalaverit	
31.	Tärkeää olisi myös se, että KAIKKI ko. erikoissalan vastuuhoitajat pääsisivät yhdessä kokoontumaan.	Kaikkien vastuualueen hoitajien kokoontumiset		
32.	Tietyn erikoissalan vastuuhoitajien palaveeraaminen on lähes olematonta ajanpuutteen vuoksi, mutta olisi erittäin tärkeää	erikoisala kohtainen vastuuhoitajien palaveeraaminen		
33.	vastuuhoitajien yhteisen ajan saaminen vastuualueen hoitamiseen	Yhteinen aika vastuuhoitajille		
34.	Toivoisin enemmän aikaa vastuualue tiimille eli yhteistä keskustelu aikaa, jossa pääsisi sopimaan toiminnan linjoista	vastuualue tiimille eli yhteistä keskustelu aikaa		
35.	Lisäksi palaverieja pitäisi järjestää yhdessä ko. alan kirurgien kanssa. (Gastrolla toimii)	Yhteistyö eri erikoissaloiden lääkäreiden kanssa	Moniammatillinen yhteistyö	
36.	Enemmän yhteistyötä myös alueen lääkäreiden kanssa!			
37.	Myös kirurgien uudet toiveet olisi hyvä kirjata kortteihin heti ettei tarvitse joka kerta käydä kädenvääntöä.			
38.	Kaipaisin toisinaan palaveerausta ko. vastuualueiden lääkäreiden/hoitajien kesken.			
39.	Vastuuhoitajien sitoutuminen vastuuhoitajuuteen, omatoiminen ote, ajanlöytäminen itse- tai ajantarpeen tiedoksi saattaminen listanvetäjälle/ esimiehille	sitoutuminen ja tiedotus	Viestintä	
40.	Tiedon kulku vastuuhoitajien kautta koko työyhteisölle.	Tiedonkulku		
41.	Vähän esiintyy epäoikeuden mukaisuutta sali sijoituksissa vastuuhoitajien kesken..	Epäoikeuden mukaisuus sali sijoituksissa	Henkilökunnan salijako	

## Opinnäytetyön nimi

42.	oman erityisalan leikkauksiin ei pääse	Pääsy oman erikoisalan leikkauksiin		
43.	Salijaossakaan se (vastuuhoitajuus) ei näy, vaikka olisi mahdollista tehdä niin	Vastuuhoitajuus salijaossa		
44.	Joskus saattaa omasta vastuualueestaan olla useiden kuukausien tauko.	Tautot vastuuhoidajan pääsyssä oman vastuualueen leikkauksiin		
45.	ei pääse välttämättä vastuualueelle pitkään aikaan.			
46.	Anestesiapuolella olisi myös kiva konkreettisesti päästä oman vastuualueen toimenpiteisiin.			
47.	Vastuualueen laajuutta ei ole otettu huomioon vastuualueita jaettaessa; joillakin on ihan liian monta vastuualuetta	suuret vastuualuekokonaisuudet ja useat vastuualueet	Työn jako	Työaikataulutus
48.	Osa vastuualueiden asia kokonaisuuksista on liian suuria/haasteellisia ylläpidettäviä siten, että niitä voisi "viraapeli-töinä" suorittaa vasemmalla kädellä alkuperäisen toimenkuvan mukaisen työn ohessa	Suuret asiakokonaisuudet vastuualueissa ja ei aikaa hoitaa vastuualuetta		
Alkuperäisilmaisut		Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
49.	Kokeneempana vastuuhoidajana koen, että uuden vastuuhoidajan perehdyttäminen on enimmäkseen sattumanvaraista - varsinkin erikoisalalla, jolla leikkauspäiviä on vähemmän.	Perehdytys on sattuman varaista	Perehdytys	Koulutus
50.	Perehdyttämistilanteessa ei hyödynnetä sitä että tietyn erikoisalan vastuuhoidaja ns sen alueen osaaja olisi perehdyttäjänsä..	Perehdytyksessä ei hyödynnetä erikoisalan vastuuhoidajia		
51.	Ei ole aikaa perehtyä uutuuksiin, yksi keskellä päivää oleva non-stop-koulutus ei tee vielä asiantuntijaksi.	Aikaa perehtyä uutuuksiin		
52.	Kunkin erikoisalan koulutuksiin voisi päästä muitakin kuin vastuuhoidajat, silloin tiedon määrä lisääntyisi ja toiminta kehittyisi, tutustuvathan vastuuhoidajat jo pelkästä mielenkiinnosta alueensa tutkimustuloksiin.	Erikoisalan koulutuksiin pääsy myös muille kuin vastuuhoidajille	Ulkopuolinen koulutus	
53.	Henkilö joka ei ole kiinnostunut esim. gynekologiasta voisi saada "herätyksen" aiheeseen koulutuspäivillä.	Koulutuksen positiivinen vaikutus erikoisalaa kohtaan.		
54.	Vastuuhoidajien kouluttaminen	Vastuuhoidajien kouluttaminen		
55.	Koulutus. Oma kokemus vielä puutteellista.	Koulutus ja oma kokemuksen puutteellisuus		
56.	eikä (aikaa) kouluttautua.	Aikaa kouluttautua		

Vastaajien määrä: 26

## Liite 7 Tutkimusaineiston pelkistäminen

7. Miten Sinun mielestäsi vastuuhoitajatoimintaa voidaan kehittää leikkaus- ja anestesiaosastolla?			
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
1. Vastuuhoitajien tehtäväkuvan määrittely tulisi tehdä jokaiselle erikoisalalle.	Vastuuhoitajan tehtävän kuvan määrittely	Määritellyt ja kirjalliset tehtäväkuvat vastuuhoitajille	Työn kuvaus
2. Selkeät prosessit siitä mitä vastuuhoitajuuteen kuuluu.	Selkeät prosessit vastuuhoitajuudesta		
3. Pitäisi kirjata vastuualueiden tekemiset (työnkuvaus) ja visioida niihin myös ne tehtävät mitä vielä ei ole työnkuvassa.	Kirjatut työn kuvat vastuuhoitajille		
4. Anestesiapuolella vastuualueet tulee miettiä uudelleen vastaamaan toimintaa (ei pelkkiä kirurgian alalajien mukaisia vastuualueita).	Vastuualueiden vastattava toimintaa		
5. Vastuuhoitajuus tulisi määrittää tarkemmin ja (sen vaatimukset ja edellytykset ja vastuut)	Vastuuhoitajuuden määritelmä		
6. Koordinaatio puuttuu	Työn koordinaatio puuttuu	Työnjako	
7. Asioiden päivitykset puutteellisia.	Puutteelliset asioiden päivitykset		
8. Enemmän vastuuasioita hoitajatasolle.	Enemmän vastuuta hoitajatasolle		
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
9. Osaamisen huomioiminen myös salijaossa.	Osaamisen huomiointi salijaossa	Ammattitaito ja asiantuntijuus	Työn organisointi
10. Salijaossa näkyisi myös se että isoissa leikkauksissa mukana olisi useammin sen alueen vastuuhoitaja, jotta itsekkin pysyisi kärryllä.	Vastuuhoitaja mukaan isoihin oman alueen leikkauksiin , jotta osaaminen säilyy.		
11. Annetaan aikaa olla ja toimia muita toimenpiteitä enemmän omalla vastuualueella niin tuntuma pysyy hyvänä.	Käytännön työn ja toiston kautta saadaan kokemusta vastuualueen työtehtävistä.		
12. Syventämällä vastuuhoitajien asiantuntijuutta,	asiantuntijuuden syventäminen		
13. tasapuolistamalla leikkauksiin pääsyä, kierrättämällä niitä hoitajia, jotka ovat tietyissä leikkauksissa	Tasapuolisuus ja mahdollisuus vastuuhoitajalle kiertää oman vastuualueen leikkauksissa.		
14. joskus voisi olla myös yhtä aikaa kaksi vastuuhoitajaa leikkaustiimissä, niin vastuualue tehtäviä voisi tehdä myös potilastyön lomassa.	Vastuuhoitajien yhteistyö oman erikoisalan leikkauksissa.	Vastuuhoitajien yhteistyö	
15. olemalla aktiivisesti mukana vastuualueiden leikkauksissa.	Vastuuhoitajan oma aktiivisuus		

## Opinnäytetyön nimi

16. vastuuhoitajapalaverit	vastuuhoitajien omat yhteistyöpalaverit		Työn organisointi
17. yhteisiä vastuu-alue palavereita.			
18. Tiiviimpää yhteistyötä hoitajien välillä			
19. ja ane- puolen yhteistyö	Anestesia- ja instrumenttipuolen vastuuhoitajien yhteistyö		
20. (=yhteiset palaverit).	Yhteiset palaverit		
21. Yhteistyöpalaverit yhteistyölääkäreiden kanssa.	Yhteistyö lääkäreiden kanssa	Moniammatillinen yhteistyö	
22. Tiiviimpää yhteistyötä kirurgien ja hoitajien välillä	Yhteistyö kirurgien ja vastuuhoitajien välillä		
23. Aikaa pitää järjestää joustavasti kokonaisuuden sallimissa rajoissa ja aikaa edustajataapaamisiin sun muiden asioiden hoitamiseen järjestyy kun sitä vaatii	Ajan järjestäminen kokonaisuuden sallimissa rajoissa.	Työyhteisön kokonaisuuden hahmotus	
24. Ohjaamalla resursseja lisää	Lisää resursseja	Vastuuhoitajien aikaresussit	
25. Tarjoamalla enemmän aikaa perehtyä vastuu alueen asioihin.	Aikaa perehtyä		
26. Antamalla säännöllisesti U-päiviä, että pystyisi hoitamaan vastuualueasioita.	U-päivät eli työtehtävä ei salityössä vaan aika varattu vastuuhoitajatoiminnan tehtäviin.		
27. Enemmän pitäisi olla ns. U-päiviä hoitaa varastoja ja ohjeiden tekemiseen.			
28. Työvuorosunnittelu, u-vuorojen mahdollisuus etenkin silloin kun niitä tarvitaan. Vastuualueen töiden määrä kun kulkee toisinaan sykleittäin.			
29. Vastuualueen hoitoon pitää allokoida aikaa.	Suunnitelmallinen ajan antaminen vastuuhoitajatoimintaan.		
30. Ajan antaminen.			
31. Järjestämällä aikaa tehdä niitä tehtäviä,			
32. Antamalla aikaa hoitaa vastuualue asioita			
33. aika			
34. Annettaisiin vaikka kerran kuussa aikaa asioiden päivittämiseen ja ohjekorttien tekemiseen yms yms.			
35. Aikaa kehittää ja päivittää aluetta yhdessä muiden vastuuhoitajien kanssa	Vastuuhoitajien yhteinen aika kehittää ja päivittää vastuualueen asioita		
36. Enemmän pitäisi antaa hoitajille aikaa vastuualueiden kehittämiseen.	Aikaa kehittämiseen		
<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
37. tutustuminen muihin sairaaloihin	Selvitetään, miten toisissa vastaavissa yksiköissä toimitaan?	Hyvät käytännöt ja näyttöön perustuva työote	Opiskelu ja koulutus
38. tiedon vaihtoa toisten sairaaloiden hoitajien kanssa	Tietojen vaihto ja toiminnan arviointi		
39. koulutukset tuovat lisäsisältöä omaan vastuualueen hoitamiseen kaiken sen	Tutkitun / uuden tiedon hyödyntäminen vastuualue toimintaan ja oman ammatillisuutensa	Näyttöön perustuva työote ja reflektointi	

## Opinnäytetyön nimi

hyödyllisen ajankohtaisen faktatiedon lisäksi mitä niistä voi imeä itseensä.	kehittämiseen.		
40. sekä koulutuksiin osallistumisen mahdollistaminen.	mahdollisuus osallistua koulutukseen	Ulkopuolinen koulutus	
41. koulutus			
42. koulutukset			
43. --> koulutukset			
44. Edustajatapaamiset vastuuhoitajien kanssa, näistä tapaamisista tieto myös aoh:lle, koska heidän pitää tietää mitä on tulossa ja missä mennään.	Yhteistyö ulkopuolisten toimijoiden kanssa ja tiedotus.		
45. Kouluttautumalla	itse kouluttautumalla	omaehtoinen kouluttautuminen	
46. Hankkimalla kirjallista materiaalia sekä dvd materiaalia, joita hoitajat voi lainata.	itseopiskelumateriaalin hankinta osastolle	omaehtoinen opiskelu ja kertaus	
47. Myös vastuuhoitajuuteen pitäisi olla jonkinlainen perehdytys-polku	Vastuuhoitajille oma perehdytyspolku	Vastuuhoitajien perehdytys	
48. Kukaan ei muutu erityisosaajaksi vain sillä, että hänet NIMETÄÄN VASTUUHOITAJAKSI.	erityisosaajaksi ei muututa nimeämällä		
49. Hyödynnetään sitä (vastuuhoitajuutta) perehdyttämässä.	Vastuuhoitajat perhdyttäjinä	Suunnitelmallinen perehdytys	
50. vastuuhoitajat hoitaisivat uusien ihmisten perehdytyksen ko. vastuualueille	Vastuuhoitajat perehdyttäjinä omalla vastuualueellaan		
<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
51. Palkitsemalla.	Palkitsemalla	Rahallinen palkkio	Kannustimet vastuuhoitajatoimintaan
52. Rahallinen korvaus vastuualueen pyörittämisestä on mielestäni aika huono motivaattori, mutta ehkä jokin pienimuotoinen lisä-/kertakorvaus voisi olla paikallaan toisinaan. Etenkin silloin kun normityön päälle tehty hiljainen ja näkymätön taustatyö hyödyntää koko organisaatiota.	Rahallinen korvaus		
53. ja linkittää palkkaan.	Rahallinen korvaus		
54. kannustaminen	Kannustus	Positiivinen palaute	
55. Ja arvostuksen antaminen.	Annetaan arvostusta	Kollegiaalisuus	
56. Kannustimia tarvitaan, jotta motivaatio ja mielenkiinto säilyvät. Sellaisina voisivat toimia esim. koulutuksiin pääsy ohi koulutuskintin	Koulutuksiin pääsy kannustimena	Koulutukset palkkiona	
57. Vastuuhoitajuus ei käytännössä kannata. Jos et saa edes ääntäsi kuulumaan ja kannustimena toimii vain se, että p:tä sataa niskaan ei se oikein ketään motivoi.	Vastuuhoitajuus ei kannata, vain negatiivista palautetta	Negatiivinen palaute	Kriittinen suhtautuminen vastuuhoitajuuden kehittämiseen
58. Lyhyesti.. Tosin tyhjästä on vaikea nyhjätä kuten sanotaan. Se tosin on selvää, että sairaanhoitajan työ ei ole	Työn kuva ei ole kehittynyt	Pysähtynyt kehitys	

Opinnäytetyön nimi

enää varmasti missään muuallakaan enää samanlaista kuin mitä se on ollut joskus 80 ja 90 -luvulla. Täällä Kanta-Hämeessä on tosin jämähdetty noille vuosikymmenille. Yleisesti tunnutaan ajattelevan ettei normi ravisairaanhoitaja voi mistään mitään tietää tai senkun huutakoon aikansa, kyllä ääntä maailmaan mahtuu. Voiko norsu muuttua? Sen aika näyttää.			
--	--	--	--

Vastaajien määrä: 27

8. Miten Sinä voit itse omalla toiminnallasi edistää vastuuhuhoitajatoimintaa?			
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
1. Päivittäisessä työjaossa vastuuhuhoitajuuksien huomioiminen.	Työjaossa vastuuhuhoitajatoiminnan huomioiminen	Työnjako	Työn organisointi
2. vaatimalla aikaa vastuualueasioiden hoitamiseen.	Vaativalla itse aikaa vastuualueiden hoitoon	Oma aktiivisuus	
3. Pitämällä kiinni omista oikeuksista toteuttaa vastuualuetta.	Oma oikeus toteuttaa vastuualuetehtäviä		
4. Toisaalta pitäisi varmaan aktiivisemmin vaatia esimieheltä aikaa vastuu tehtäviin.	Vaativalla itse aikaa vastuualueiden hoitoon		
5. Olen yrittänyt aktiivisesti hankkia lisätietoa ja pyrkiä koulutuksiin, kuitenkin työnantaja on lopulta se taho joka mahdollistaa koulutuksiin pääsyn.	Aktiivinen omatoiminen tiedonhankinta ja pyrkimys päästä koulutuksiin.		
6. Itse olen tehnyt omalla ajalla ja työn ohessa työstänyt omaa aluetani ja aiempia alueitani. Se on paljon kiinni persoonasta miten mieltää sen osaksi omaa työtään.	Oman ajan käyttö ja vastuualueen hoito oman työn ohessa.		
7. Pyrin huolehtimaan vastuutehtävistä silloinkin, kun en ole kyseisen erikoisalan salissa.	Vastuualueen hoito salityön ohessa.		
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
8. Yritän parantaa omilla vastuualueillani vastuuhuhoitajien keskinäistä kommunikaatiota ja tiedonkulkua.	Vastuuhuhoitajien keskinäinen kommunikaatio ja tiedon kulku.	Kommunikaatio	Viestintä
9. Hyvä tiedotus vastuuhuhoitajien ja muiden hoitajien kesken	Tiedotus vastuuhuhoitajien ja koko osaston henkilökunnan kesken.		
10. --> tiedon jakaminen	Tiedon jako		
11. Jakamalla tietoa toisillekin.			
12. Pyrin mahdollisimman laajasti jakamaan tietoa kollegoille omien vastuualueiden uusista asioista tai muuttuvista käytännöistä.			
13. päivittämällä ja jakamalla ajantasaista tietoa	Päivitetty ja ajan tasainen tiedon jako		



## Opinnäytetyön nimi

14. Pitää vuorovaikutusta yllä kirurgeihin ja kollegoihin.	Vuorovaikutus moniamaantillisesti		
15. Aktiivisesti esittää esimiestasolle vastuualueiden hoitamisen tärkeyttä.	Tuoda esimiehille esiin vastuualueiden tärkeys		
16. Kysymällä epäselvistä asioista vastuuhoidajilta ja tiedottamalla heille heidän vastuualueellaan olevista tärkeistä tapahtumista/asioista.	Asioiden selvittäminen	Oma-aloitteinen tiedon jako	
17. Miettimällä tiedonkulun ja -välityksen kehittämisen keinoja käytäntöön.	tiedonkulkua ja tiedonvälitystä kehittävien keinojen etsintä	Tiedonkulun kehittäminen	
18. Yhdessä asioiden selvittämistä.	Yhteistyö tietojen selvittämisessä		
19. Kannustavan palautteen antaminen	Kannustava palaute	Positiivinen palaute	
20. oman alueen houkuttelevuus "pr-työ".	Oman vastuualueen pr-työ muille työntekijöille.	Imago	
21. Herättämällä mielenkiintoa alueeseen	Mielenkiinto vastuualueeseen		
22. Olla innostunut ja esimerkillinen hoitaessani vastuualuetta.	Innostus ja esimerkkinä oleminen	Positiivinen työote	
23. Hoitamalla omaa (omia) vastuualueita hyvin (=esimerkillisesti)	Hyvä vastuualueen hoito		
24. Valittamalla ympäri ämpäri ei asiaa edisty	Negatiivisuus ei asiaa edistä		
<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
25. Ottamalla uusista asioista selvää	Omatoiminen tutustuminen uusiin asioihin, kirjallisuuteen.	Omatoiminen perehtyminen	Koulutus ja kehittäminen
26. Teoriassa voisoin omalla ajalla perehtyä vastuualueen asioihin, mutta käytännössä en ole siihen halukas.	Oman ajan käyttö vastuualueasioiden perehtymiseen.		
27. Perehtyä omatoimisesti tavaroiden sijainteihin ja käyttötarkoituksiin.	Omaehtoinen perehtyminen käytössä oleviin välineisiin.		
28. Tutustumalla uusiin julkaisuihin ja kirjallisuuteen aiheesta.	Uusin tieto kirjoita ja julkaisuista	Näyttöön perustuvan työote	
29. etsimällä tietoa ja kokoamalla sitä esim. kansioon (omaehtoinen opiskelu ja tiedon haku).	Tiedon haku ja omaehtoinen opiskelu		
30. Asiantuntijuus on aina saavutettava ennenkuin siitä hoitoalalla maksetaan.	Asiantuntijuus hankittava	Asiantuntijan pätevyys	
31. Me keskitymme kukin omaan perustehtäväämme ja lisäämme siinä asiantuntijuuttamme ja myös toisten tietämystä.	Työ perustehtävän parissa lisää asiantuntijuutta		
32. osallistumalla koulutuksiin	osallistuminen koulutuksiin	Ammattitaidon ja -tietojen ylläpito	

# Opinnäytetyön nimi

33. sekä koulutuksista ja osallistumalla niihin.			
34. Osallistumalla koulutuksiin			
35. Ottamalla omatoimisesti selvää mahdollisista hyödyllisistä koulutuksista	Omatoiminen sopivien koulutusten etsintä		
36. Miettimällä tarkoituksenmukaisempaa vastuualuejakoa anestesiahoitajille	Tarkoituksen mukainen vastuualueiden jako	Vastuuhoitajuuden kehittäminen	
37. Pohtimalla mitä vastuuhuhoitajuus tarkoittaa käytännössä ja miten se saadaan hyödyttämään toimitaa paremmin.	Vastuuhoitajuuden merkitys ja paras hyöty käytännön toiminnalle		
38. Olemalla kiinnostunut vastuualueeni asioiden eteenpäin viemisestä sekä olemalla ajanhermolla asioista.	Oma kiinnostus kehittää vastuualuettaan		
39. Pitämällä itseni ajanhermolla vastuu-alueeni tapahtumista	Omien tietojen päivittäminen vastuualueen tapahtumista		
40. Kutsumalla vastuuhuhoitajat edustajatapaamisiin, mahdollistaa näin edustajien ja vastuuhuhoitajien tutustuminen.	Tapaamiset vastuuhuhoitajien ja edustajien kesken	Yhteistyö organisaation ulkopuolisten tahojen kanssa	
41. Antaa hyvää perehdytystä omalta alueelta muille,	Hyvä perehdytys omalta vastuualueelta	Perehdytys	
42. Käytän perehdyttämiseen mahdollisimman tehokkaasti ne tilanteet, joissa olen omalla vastuualueella uuden "vastuuhuhoitajakokelaan" kanssa - vaikka tilanteita olisikin harvoin ja satunnaisesti.	Tehokas perehdytys salityöskentelyn lomassa.		
<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
43. Vain minä voin edistää sitä toimintaa, mikä liittyy minun vastuualueeseen. Ei kukaan toinen.	Omatoiminen vastuualuetoiminnan edistäminen.	Aktiivisuus vastuuhuhoitajuudessa	Motivaatio
44. Tartun siis toimeen ja teen	Omatoiminen tekeminen		
45. pyrkii päivittämään vastuu-alueen asioita tietyn väliajoin.	Omatoiminen vastuualueen asioiden päivitys	Vastuullisuus	
46. Teen oman osani töistä	Työtehtävien hoitaminen		
47. Vastuualueen hoito on työtäni.	Vastuualueen hoitaminen on osa työtä.		
48. On helpompi mahdollistaa sellaisen vastuu hoitajan toimintaa, joka on sitoutunut työhön ja vastaa mielellään isommista kokonaisuuksista. Kun näin tapahtuu ja toimenkuva on laaja, voi myös vedota siihen TVA-neuvotteluissa	Työhön sitoutuminen	Sitoutuminen	
49. Viemällä töitä enemmän kotiin ja	Oman ajan käyttö vastuualuetehtäviin		

Opinnäytetyön nimi



uhraamalla enemmän vapaa aikaa kuin on todellinen tarve. Martyyrius pidemmälle on huono asia, mutta muutoin homma ei toimi			
--	--	--	--

Vastaajien määrä: 23



Opinnäytetyön nimi



